

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Komparace vybraných aspektů invalidizace a invalidních důchodů ve
vybraných zemích

Comparison of Selected Aspects of Invalidity and Invalidity Systems in
Selected Countries

Student: Bc. Monika Kicová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2018

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Monika Kicová**

Studijní program: N6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor: 6202T055 Veřejná ekonomika a správa

Téma: Komparace vybraných aspektů invalidizace a invalidních důchodů ve
vybraných zemích
Comparison of Selected Aspects of Invalidity and Invalidity Systems in
Selected Countries

Jazyk vypracování: čeština

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Determinace sociálního zabezpečení v sociálním systému společnosti
 3. Analýza invalidních systémů ve vybraných zemích
 4. Komparace invalidních systémů vybraných zemí
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků diplomové práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

- ANDERSON, Karen M. *Social policy in the European Union*. London: Palgrave, 2015. ISBN 978-0-230-22349-3.
- GEJDOŠOVÁ, Zuzana. *Sociálne zabezpečenie v systéme verejnej správy na Slovensku*. Ružomberok: Verbum - vydavateľstvo KU, 2012. 218 s. ISBN 978-80-8084-894-1.
- KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. 6., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 568 s. ISBN 978-80-7478-921-2.
- TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 6., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. 290 s. ISBN 978-80-7400-473-5.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 24.11.2017

Datum odevzdání: 27.04.2018



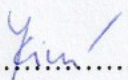
doc. Ing. Petr Tománek, CSc.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Zdeněk Zmeškal
děkan fakulty

„Prohlašuji, že jsem celou práci, včetně všech příloh, vypracovala samostatně“.

V Ostravě dne 27. dubna 2018

.....

Bc. Monika Kicová

OBSAH

1	ÚVOD.....	5
2	DETERMINACE SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ V SOCIÁLNÍM SYSTÉMU SPOLEČNOSTI.....	7
2.1	Vymezení základní terminologie v segmentu sociální politiky.....	7
2.1.1	<i>Sociální události v oblasti sociálního zabezpečení</i>	<i>8</i>
2.2	Historické aspekty v kontextu sociální ochrany	11
2.3	Modely sociálního zabezpečení	13
2.4	Financování segmentu sociálního zabezpečení	15
2.5	Sociální zabezpečení v České republice	18
2.5.1	<i>Legislativní východiska</i>	<i>19</i>
2.5.2	<i>Organizace a řízení sociálního zabezpečení</i>	<i>20</i>
2.5.3	<i>Sociální pojištění</i>	<i>22</i>
2.5.4	<i>Státní sociální podpora</i>	<i>24</i>
2.5.5	<i>Sociální pomoc</i>	<i>25</i>
2.6	Sociální zabezpečení ve Slovenské republice	26
2.6.1	<i>Legislativní východiska</i>	<i>26</i>
2.6.2	<i>Organizace a řízení sociálního zabezpečení</i>	<i>27</i>
2.6.3	<i>Sociální pojištění</i>	<i>28</i>
2.6.4	<i>Státní sociální podpora</i>	<i>30</i>
2.6.5	<i>Sociální pomoc</i>	<i>31</i>
3	ANALÝZA INVALIDNÍCH SYSTÉMŮ VE VYBRANÝCH ZEMÍCH.....	32
3.1	Vývoj invalidity v České republice v letech 2012 až 2016	32
3.1.1	<i>Determinace nároku a výše invalidního důchodu</i>	<i>32</i>
3.1.2	<i>Celkový vývoj invalidních důchodů</i>	<i>34</i>
3.1.3	<i>Genderová diferenciacie invalidních důchodů</i>	<i>36</i>
3.1.4	<i>Enumerace invalidních důchodů dle věku</i>	<i>37</i>

3.1.5	<i>Zdravotní příčiny invalidizace</i>	39
3.2	Vývoj invalidity ve Slovenské republice v letech 2012 až 2016.....	40
3.2.1	<i>Determinace nároku a výše invalidního důchodu</i>	40
3.2.2	<i>Celkový vývoj invalidních důchodů.....</i>	43
3.2.3	<i>Genderová diferenciacie invalidních důchodů.....</i>	44
3.2.4	<i>Enumerace invalidních důchodů dle věku.....</i>	45
3.2.5	<i>Zdravotní příčiny invalidizace</i>	47
4	KOMPARACE INVALIDNÍCH SYSTÉMŮ VYBRANÝCH ZEMÍ	49
4.1	Srovnání podmínek nároku na invalidní důchod	49
4.2	Komparace míry incidence invalidizace dle celkového vývoje	50
4.3	Míra incidence invalidizace z hlediska genderové diverzifikace	53
4.4	Míra incidence invalidizace v kontextu věkového rozložení	54
4.5	Komparace na základě zdravotních příčin invalidizace	57
5	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
	SEZNAM ZKRATEK	69
	PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHY	

1 Úvod

Sociální politika tvoří významnou část moderní demokratické společnosti. Je nezbytné akcentovat, že je vždy součástí určitého společenského celku. Sociální politika, její funkce, cíle i nástroje nejsou vytvářeny izolovaně, ale v souladu s koexistencí dalších sfér společnosti zejména v segmentu politiky, ekonomie, ekologie, vědy a techniky. Tato politika je orientována především antropocentricky.

Hlavním nástrojem této politiky je sociální zabezpečení. Působnost sociálního zabezpečení je velmi rozsáhlým a rozmanitým segmentem, s kterým se kardinální část obyvatelstva během svého života setká. Každý člověk během svého života může být ohrožen ztrátou příjmu (nezaměstnanost, stáří), mimořádně velkými výdaji (narození dítěte) či mimořádnými sociálními či zdravotními omezeními (invalidita, nemoc). Intencí sociálního zabezpečení je zejména zmírnit sociální nerovnosti, řešit sociální konflikty a eliminovat nepříznivé následky sociálních rizik.

V moderní společnosti je součástí všeobecně uznávaného stylu zajistit si finanční prostředky vlastní prací. Významným faktorem, který může narušit tento vztah je zdravotní stav, resp. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Pokud dojde k neschopnosti člověka zajistit si obživu z důvodu nemoci, nemusí být deprivován jen finančně, ale také společensky a vzhledem k neproduktivitě může být také označen sociálním stigmatem. V konsekvenci neschopnosti výdělečné činnosti z důvodu disability je naprosto nezbytné substituovat absenci příjmu. Hlavní finanční podporou zastřešující tuto negativní zdravotní událost je dávka plynoucí ze sociálního pojištění determinována pojmem invalidní důchod. Právě vybrané aspekty invalidních důchodu a invalidizace budou ústředním tématem diplomové práce.

Cílem diplomové práce je komparace průměrné míry incidence invalidizace dle genderového rozdělení, věkové diverzifikace a zdravotních příčin v České republice a Slovenské republice za období let 2012-2016. **Dílčím cílem** je poté determinace segmentu sociálního zabezpečení v komparovaných zemích.

V souladu s cílem diplomové práce byla stanovena **hypotéza** „*Průměrná míra incidence invalidizace sledovaného období je v České republice vyšší než ve Slovenské republice*“.

V linii analýzy vývoje invalidizace¹ bude vycházeno z počtu nově podaných žádostí o invalidní důchod, tudíž je zvolena incidence invalidizace. Prevalence je zatížena možným vlivem legislativních změn případně výsledkem předchozích hodnocení, proto jsou považovány data z oblasti incidence za objektivnější. Zvoleny byly státy Česká republika a Slovenská republika, jelikož je pojí společná historie tvorby jednotného systému, který byl po roce 1992 separován, a oba státy začaly utvářet vlastní systémy sociálního zabezpečení.

Práce je rozdělena do pěti kapitol, první je tvořena úvodem a pátá závěrem. Druhá kapitola zahrnuje základní terminologii v segmentu sociální politiky, vč. determinace sociálních rizik. Dále explikuje historické aspekty počátku utváření sociálního zabezpečení v sociálním systému společenství. Následující část pojednává o principech, modelech a financování sociálního zabezpečení. Závěr tohoto segmentu obsahuje legislativní a organizační vymezení sociálního zabezpečení České republiky a Slovenské republiky.

Třetí kapitola je věnována analýze vybraných aspektů invalidizace a invalidních důchodů v České republice a Slovenské republice v rozmezí let 2012 až 2016. Úvod kapitoly pojednává o charakteristice dávky invalidního důchodu. V následujících segmentech je uvedena analýza počtu nově přiznávaných invalidních důchodů z hlediska souhrnných počtů, genderu, věkového rozložení a zdravotních příčin.

Čtvrtá kapitola zahrnuje komparaci vybraných aspektů analyzovaných dat u vybraných států z oblasti invalidity. Zjištěné údaje jsou převedeny na ukazatel míry incidence invalidizace a diverzifikovány do pěti segmentů v analogické struktuře vycházející ze třetí kapitoly této práce.

K dosažení cíle a ověření hypotézy v diplomové práci je uplatněna metoda deskriptivní analýzy determinující sociální zabezpečení v České republice a Slovenské republice, klasifikační analýzy statistických dat z oblasti vybraných aspektů invalidizace a dále komparace, analýza a syntéza zjištěných dat.

K získání potřebných poznatků a informací je využita legislativa a literatura z oblasti sociálního zabezpečení vybraných zemí. V praktické části je čerpáno zejména z elektronických zdrojů, statistických ročenek z oblasti důchodového pojištění a interních materiálů poskytnutých z ústředí Sociální poisťovny.

¹ Pro účely této diplomové práce je pojem „invalidizace“ v praktické části ztotožněn s ukazatelem „počet invalidních důchodů“.

2 Determinace sociálního zabezpečení v sociálním systému společnosti

Úvod této kapitoly explikuje základní terminologii v oblasti sociální politiky a vymezuje základní sociální události. Následující segment této kapitoly pojednává o genezi sociální ochrany potažmo sociálního zabezpečení v sociálním systému společenství. Dále jsou vymezeny základní sociální události, modely a financování v oblasti sociálního zabezpečení. Závěr této kapitoly je věnován základní determinaci sociálního zabezpečení v České republice a ve Slovenské republice.

2.1 Vymezení základní terminologie v segmentu sociální politiky

Sociální politika tvoří specifické a významné místo v rámci celého společenského systému ve všech vyspělých zemích. Hlavním cílem je pozitivně ovlivnit životní podmínky lidí (Kaczor, 2015). Jak tvrdí Krebs (2015, s. 17) „*sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života*“.

V **širším pojetí** je sociální politika determinována jako konkrétní jednání subjektů, především státu, kterými je ovlivňována sociální oblast společnosti. Toto vymezení slouží zejména ke dlouhodobým koncepčním úvahám v rámci sociální politiky. V **užším pojetí** se jedná o parciální přístup redukováný na jednotlivé subsystémy a to především opatření v oblasti zaměstnanosti a sociálního zabezpečení sloužícího k eliminaci sociálních rizik. **Sociální rizika** jsou takové sociální události, které jsou právem specifikovány a s nimiž právo spojuje vznik, změnu případně zánik povinností i práv a jejímž prostřednictvím dochází k předcházení, zmírňování a překonání tíživé životní situace (Krebs, 2015).

Sociální politika je segment, který je jednoznačně orientován antropocentricky. **Objektem** sociální politiky jsou všichni obyvatelé dané země, kterým jsou sociálněpolitická opatření určena, dále to mohou být určité sociální skupiny a jedinci (Kotous, Munková a Štefko, 2013). Tyto objekty mohou být dále diverzifikovány dle různých kritérií, např. věk, pohlaví, příjmy rodiny. **Subjekty** jsou explikováni ti, jež mají zájem, prostředky a možnosti k iniciaci a uskutečnění určitého sociálního opatření. Obecně je lze rozčlenit na státní, nestátní případně na subjekty tržní a netržní. Subjekty realizují sociální politiku a nesou odpovědnost před

objekty (Krebs, 2015). Fachinelli (2013) uvádí, že v současné době je pro sociální politiku typická pluralita subjektů, kdy je pravomoc a odpovědnost diverzifikována na více subjektů.

Mezi subjekty sociální politiky zejména řadíme:

- orgány státní správy (ministerstva, Úřad práce České republiky, orgány sociálního zabezpečení apod.),
- samosprávné orgány veřejné správy (např. obecní zastupitelstva),
- odbory, zaměstnavatelé a firmy,
- církve, charitativní organizace, občanské iniciativy,
- profesní a stavovské sdružení,
- sdělovací prostředky, domácnosti, rodiny a jedince (Fachinelli, 2013).

Významným nástrojem sociální politiky, jehož prostřednictvím dochází k realizaci úkolů a cílů sociální politiky je oblast **sociálního zabezpečení** (Veselý, 2013). Tomeš (2015) uvádí, že termín sociální zabezpečení obecně zahrnuje opatření, instituce a zařízení, pomocí nichž lze předejít, zmírnit či odstranit následky sociálních událostí občanů. Zejména se jedná o nemoc, smrt rodinného příslušníka, narození dítěte, těhotenství, úraz apod. Munková (2004) dále doplňuje, že základním parametrem systému sociálního zabezpečení je demografická struktura obyvatelstva.

2.1.1 Sociální události v oblasti sociálního zabezpečení

Hamerníková a Maatyová (2007) uvádějí, že sociální zabezpečení vytváří rámec systému sociální ochrany. Občanům poskytuje ochranu, poradenství, peněžní a materiální plnění služby i azyl k vedoucí s uspokojení sociálních potřeb všech členů daného společenství.

Systém sociálního zabezpečení nemůže primárně zabezpečit sociální jistoty občanů, kterých se to týká, má možnost pouze usilovat o eliminaci jejich sociálních nejistot, to lze klasifikovat jako **paradox sociálního zabezpečení**. Sociální zabezpečení v **užším pojetí** zahrnuje sociální události diferencovány na oblast sociálních služeb a důchodového pojištění (Peková, 2008).

Tröster (2010) ve své publikaci prezentuje, že v oblasti práva sociálního zabezpečení jsou v **širším pojetí** determinovány tyto základní sociální události:

- *nemoc* – porucha zdraví, při níž dochází ke kardinálnímu sociálnímu zásahu do života člověka. Explikovat ji lze jako poruchu rovnováhy mezi vnitřním a vnějším

prostředím organismu, případně jako defekt celistvosti jeho součástí (Nováková, 2012). Jedná se o významné omezení či dokonce neschopnost pracovní činnosti. Tento defekt zdraví může nabývat různého stupně zdravotního postižení, u něhož jsou specifikovány příslušné dávky sociálního zabezpečení,

- *pracovní neschopnost* – v konsekvenci poruchy zdraví způsobené nemocí nebo úrazem může dojít u jedince, který vykonával výdělečnou činnost k nemožnosti výkonu této činnosti po dobu práce neschopnosti, což vede ke ztrátě na výdělku. Z důvodu zachování jeho životní a sociální úrovně je v dané společnosti naprosto nezbytné předcházet nebezpečí tohoto sociálního rizika a poskytnout určité finanční zabezpečení (Tröster, 2010),
- *dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (dále také DNZS)* – jedná se o takový zdravotní stav, který duševně, tělesně nebo smyslově omezuje jedince a má podstatný vliv na jeho pracovní schopnost, při době trvání jednoho roku, případně dle poznatků vědy trvajících déle než jeden rok (Arnoldová, 2016). V souvislosti se závažností zdravotního omezení a délce jeho trvání vzrůstají životní náklady subjektu. Zabezpečení pomáhá eliminovat tento sociální problém, který je jedinec neschopen sám překonat (Tröster, 2010),
- *invalidita* – elementární příčinou invalidity je vždy zdravotní postižení, kdy se nepříznivost projevuje významným snížením nebo výpadkem duševních, smyslových nebo fyzických schopností, jež jsou nezbytné pro výkon pracovní činnosti a které mají záporný vliv na fyzický potenciál jedince (Ryba, 1998). V případě že tento negativní zdravotní stav trvá, není v blízké době naděje na opětovný výkon pracovní činnosti a není možno tuto situaci řešit provizorním způsobem, je nutné tuto absenci výdělku nahradit formou dlouhodobé dávky ze systému sociálního zabezpečení,
- *těhotenství a mateřství* – celospolečenskou snahou je zabezpečit matce co nejvyšší ochranu a vytvořit vhodné podmínky k péči o dítě prostřednictvím právních norem. Přímá péče o dítě má za následek ztrátu výdělků z výdělečné činnosti. Tuto finanční újmu je nutné do určité míry kompenzovat a zabezpečit občanu návrat k původní pracovní činnosti,
- *nezaopatřenost dítěte* – tato sociální příhoda je dlouhodobého charakteru, při kterém nezaopatřené dítě není schopno samo získat prostředky nutné k obživě, jelikož svou aktivitu vkládá do vzdělání, resp. přípravu na budoucí povolání. Tato situace je pouze

dočasná a z hlediska fungování celého systému je žádoucí, aby bylo toto dítě zajištěno participací ostatních účastníků systému. Právní normy restringují dobu trvání této nezaopatřenosti a to na dobu trvání sociální události a do určitého věku dítěte,

- *dosažení určitého věku* – věk se řadí mezi biologický faktor, který determinuje životní etapu člověka a predikuje zdraví, duševní a fyzickou kondici jedince. Každou specifickou životní etapu člověka lze časově vymezit a je do jisté míry vhodná k určité aktivitě. Po nejdelší etapě života člověka, kterou je nejčastěji výkon pracovní činnosti, nastává období tzv. důchodového věku. Aby v určitém věku již občan nemusel zajišťovat finanční prostředky formou výdělečné činnosti, je nutné zajistit mu prostředky ze systému, do kterého po dobu výkonu práce přispíval. Uplatňuje se zde mezigenerační solidarita občanů v důchodovém věku s výdělečně činnými občany. Je potřebné uvést, že nárok na dávku je pouze možností ji pobírat a ukončit stávající pracovní činnost, vše záleží na individuální situaci jedince,
- *smrt* – je stav, při níž zaniká samotná existence člověka, subjekt právního stavu sociálního zabezpečení. Tato negativní sociální událost znamená zánik právních vztahů v kontextu sociálního zabezpečení, ale zároveň vytváří vznik dalších vztahů sociálního zabezpečení. Smrt významným způsobem negativně ovlivňuje sociální situaci osob, které byly ve vyživovaném vztahu k osobě zemřelé. Těmto osobám je nutné po určitou vymezenou dobu poskytnout peněžní pomoc k zabezpečení jejich životní a sociální úrovně a to prostřednictvím systému sociálního zabezpečení dané společnosti,
- *nedostatečný příjem* – prostřednictvím měsíčních přijatých peněžních prostředků se obvykle zjišťuje životní úroveň jedince. Hodnota tohoto příjmu je významnou sociální událostí, prostřednictvím které zjišťují systémy sociálního zabezpečení, zdali se jedinec případně rodina nenachází ve svízelné sociální situaci a zda není důvodné poskytnout pomoc. Pokud tento příjem nedosahuje příslušné hranice, vzniká tak sociální událost, kterou můžeme klasifikovat jako nedostatečný příjem a pakliže není možnost zvýšit si příjem vlastním přičiněním, náleží tomuto subjektu dávka pomoci v hmotné nouzi,
- *pracovní úraz a nemoc z povolání* – vznikají nezávisle na subjektu v kontextu s výkonem práce a primární existencí pracovněprávního vztahu. Pracovní úraz lze explikovat jako poruchu zdraví při plnění pracovních úkolů. Nemoc z povolání je

přesně specifikována v právních předpisech o sociálním zabezpečení, je determinována jako nemoc vznikající nepříznivým působením fyzikálních, biologických, chemických faktorů případně jiných škodlivých vlivů v souvislosti s prací, pokud je uvedena v seznamu nemocí z povolání. Škoda, jež vznikne u zaměstnance v konsekvenci nemoci z povolání či pracovního úrazu je odškodňována dle příslušných právních předpisů. Tyto negativní sociální události vznikají nezávisle na vůli subjektu a nelze jim zcela zabránit. Právní regulace v mnoha případech zbavuje odpovědnosti zaměstnavatele a sociální dávka plyne ze strany nositele pojištění.

Tyto sociální události, jež mají negativní vliv na životní úroveň a sociální situaci člověka jsou zároveň i právními událostmi, které vznikají nezávisle na vůli subjektu a se kterými právní předpisy spojují vznik, zánik nebo změnu povinností i práv (Tröster, 2010).

Zejména ve výše uvedeném širším pojetí se pojímá sociální zabezpečení. Zahrnuje jak transfery obyvatelům (sociální dávky) tak služby obyvatelstvu (veřejné statky, např. sociální a zdravotní péče).

V moderních sociálně-tržních ekonomikách se se respektují zejména tyto **principy sociálního zabezpečení**:

- *adekvátnost* – přiměřenost služeb a dávek v kontextu zdrojů a sociálních potřeb,
- *komplexnost (úplnost)* – v různých situacích zabezpečit občana,
- *participace* – zvýšit spoluúčasti a odpovědnosti občana při řešení konsekvencí svých sociálních událostí,
- *sociální garance* – v mezních sociálních a životních situacích jedince, jež jsou uznány společností,
- *sociální spravedlnost*,
- *uniformita (rovnost)* – uplatnění stejných pravidel,
- *univerzalita (všeobecnost)* (Vostatek, 1996).

2.2 Historické aspekty v kontextu sociální ochrany

V každém společenství dochází k nepříznivým sociálním situacím a každá společnost je nucena se jimi zabývat a řešit je. Forma a způsob řešení je odvislá od stupně jejího rozvoje.

Jednotlivé formy ekonomické činnosti ovlivňují nejen úroveň života pracujících elementů, ale i těch, kteří se zapojit do pracovního procesu nemohou. Úroveň a možnosti řešení sociálních problémů jsou dány především ekonomickými možnostmi dané společnosti. Podstatný vliv má také zájem a účast občanů i tradice řešení nepříznivých sociálních událostí. Dalším participujícím faktorem je také rozvoj lékařské vědy a hygienické kultury v dané společnosti.

V období prvobytných pospolných společenstvích² byli zaopatřeni nemocní či přestárlí jedinci tak, že byli zanecháni ve své komunitě, v širší či užší rodině. Otrokářská společnost se vyznačovala tím, že otrok byl pouze majetkem svého pána, bez jakýchkoliv nároků na svá práva. Pokud se pán rozhodl pomoci nemocnému otroku, ochraňoval tím pouze svůj majetek. Na sklonku otrokářského období byly vytvářeny *spolky*, tzv. *kolegia* za účelem podpory při úmrtí příp. nemoci (Tröster, 2010). V době kdy pauperizace začala být pro společnost neúnosná a ohrožovala její stabilitu, dochází v rámci Solónových³ reforem ke zrušení dlužního otroctví a započiná *první systémové přerozdělování ve společnosti*, solidaritě mezi nejchudšími a nejbohatšími. Jsou organizována parciální opatření na podporu zlepšení nepříznivé situace chudých. Jako příklad takovéto podpůrné akce lze uvést opatření římských císařů v rozdávání chleba a zrod hesla „chléb a hry“ ve starém Římě, kdy i nejchudší měli možnost účastnit se zábavy dosud vymezené pouze bohatým.

V konsekvenci přijetí křesťanství za státní náboženství a rozmachu církve dochází v raném středověku k rozvoji *první chudinské péče* prostřednictvím jejich farností a klášterů. Nejchudším byl poskytován nocleh, strava případně šatstvo, vše bylo poskytováno de facto formou almužny, bez jakéhokoliv právního nároku (Chvátalová, 2012). Tröster (2010) dále uvádí, že byly vytvářeny svépomocné *podpůrné spolky* zejména mezi horníky, tzv. stavovské spolky s cílem pomáhat starým a neschopným členům a podporovat i pozůstalé rodiny. Později byly vytvářeny také náboženské spolky, dále spolky řemeslnických cechů a tovaryšská bratrstva. Tyto bratrstva byla jakýmsi *předchůdcem odborových organizací*.

Chvátalová (2012) konstatuje, že postupně dochází k pokroku, kdy z nařízení panovníků je i šlechta nucena pečovat o své chudé. Byla zakotvena první určitá zodpovědnost feudála za své nevolníky. Důležitým mezníkem v oblasti péče o chudé byl *kodeks chudých* z roku 1597 a *chudinský zákoník* z roku 1601, kdy došlo ke zrodu prvních právních předpisů s celostátní

² První společenskoekonomická formace v dějinách lidstva.

³ Solón, řecký zákonodárce a básník v Athénách.

působností v oblasti chudinské péče. Tato péče byla přesunuta do pravomocí měst, později obcí.

V roce 1868 byla kodifikována zásada ohledně poskytování péče chudým, která se týkala pouze chudobných s domovským právem. Tímto krokem se chudinská správa stala složkou veřejné obecní správy. Financování chudinské péče zaopatřovala obec, pouze v případě, že se jim nedostávalo peněžních prostředků, nastupoval stát (Koldinská, 2007). Za vlády Marie Terezie dochází k rozsáhlé reformě segmentu státní správy. Do vysokých úřadů kromě šlechty poprvé nastupuje i laický element (profesionálové) a nastává problém jak tyto úředníky zabezpečit pro případ nemoci a stáří. Z tohoto důvodu dochází k vytvoření pensijních normálů a státnímu zabezpečení byrokracie. Zavedení těchto normálů položilo *základ sociálnímu zaopatření*, nazýváno také státním zaopatřením (Tröster, 2010).

Lze konstatovat, že výše uvedený nástin vývoje předcházela vzniku moderních forem sociálního zabezpečení. Obecně je determinován postupným přechodem odpovědnosti za sociální podmínky členů společnosti z církve na feudála a poté na stát, města a obec (Chvátalová, 2012).

2.3 Modely sociálního zabezpečení

Peková (2008) uvádí, že od konce 19. století do 30. let 20. století byly využívány dva základní klasické modely sociálního zabezpečení:

- model sociálního pojištění,
- model sociální pomoci.

V posledních desetiletích došlo k modernizaci modelů v oblasti sociálního zabezpečení. Disparity těchto modelů jsou zejména v konstrukci dávek. Od 30. let 20. století dochází k modifikaci klasických modelů sociálního zabezpečení. Element sociální pomoci proniká do konstrukce jednotlivých dávek a státní zaopatření se zakládá zejména na sociální solidaritě (Vostatek, 1996).

Model sociálního pojištění byl poprvé uplatněn v Německu v 80. letech. Někdy bývá v literatuře uváděn také jako Bismarckův⁴ model sociálního pojištění. Poprvé zde byl

⁴ Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen (*1. 4. 1815, †30. 7. 1898), tehdejší kancléř, také první ministr Pruska a významný politik 19. století.

v paternalistickém Německu uplatněn princip povinného sociálního pojištění prováděného veřejnoprávními korporacemi. Sociální pojištění bylo odděleno od státního rozpočtu. Nevylučoval zcela sociální pomoc, ale odmítal státní zaopatření. Později byl tento model zaveden i v Rakousko-Uhersku i dalších evropských zemích. Tento model je založen na principech sociální solidarity a zásluhovosti. Jednotlivé využívané dávky byly diverzifikovány na zásluhové a ve výjimečných případech také na univerzální. V komparaci s modelem sociální pomoci (Skandinávie, anglosaské země) se podstatným způsobem neliší ve formě úrovně dávek.

Moderní model sociálního pojištění zahrnuje všechny obyvatele, bez ohledu, zda občan pracuje či nepracuje. V literatuře bývá označován také jako **konzervativní model**. Financování je založeno zejména na příspěvcích ze sociálního zabezpečení a z veřejného zdravotního pojištění (Peková, 2008).

Tento model zachovává klasická odvětví sociálního pojištění, a to důchod, nemocenskou, úraz, nezaměstnanost, rodinu, sociální a zdravotní péče.

Model je využíván v řadě zemí Evropské unie (např. Francie, Belgie, Nizozemsko). V tomto modelu jsou využívány tyto dávky:

- *zásluhové*,
- *univerzální* (zejména u přídatků na děti a zdravotní péči),
- *prvky sociální pomoci* (minimální výše dávek, v této oblasti jsou mezi zeměmi značné disparity).

Model sociální pomoci, bývá také označován jako **model liberální** (anglosaský) jelikož byl využíván zejména v zemích s liberálně orientovanou sociální a hospodářskou politikou. Tento model vylučoval sociální zaopatření a pojištění. Zaměřoval se na metody sociální pomoci. Model nebyl náročný na finanční prostředky, jelikož sociální zaměření bylo primárně a úzce zaměřeno pouze na prokazatelně potřebné obyvatele formou individualizovaných dávek.

Modifikací na **moderní liberální model sociální pomoci** dochází k rozšíření o prvky sociálního pojištění (starobního, pozůstalostního, invalidního, univerzálního zdravotního).

Tento model je podobný **Beveridgeově⁵ modelu sociálního národního pojištění** využívaný zejména ve Velké Británii po druhé světové válce. Tento model využíval zejména:

- *univerzální dávky* (ve stáří, nemoci, nezaměstnanosti, invaliditě, mateřství),
- *prvky sociální pomoci*.

Příspěvky národního pojištění nejsou odvislé od výdělku. V různé modifikované formě bývá využíván například ve Spojených státech amerických, Austrálii, Velké Británii a Irsku. Model zahrnuje také možnost využití soukromého pojištění. Klasický model byl v některých státech modifikován na tzv. **univerzální model státního zaopatření**, ve kterém jsou uplatněny pouze univerzální dávky nezávislé na výdělku. Zdrojem finančních prostředků je zejména státní rozpočet.

Určitou kombinací modelů je **skandinávský sociálně demokratický model**. Je vytvořen v souladu s principem ekvivalence a sociální solidarity. Model zahrnuje zejména univerzální dávky, které jsou doplněny zásluhovými dávkami sociálního zabezpečení. Snahou je zabezpečit všechny obyvatele dané společnosti. Jedná se o přístup, který je velmi náročný na finanční zdroje, a proto je ve skandinávských zemích postupně reformován (Vostatek, 1996).

2.4 Financování segmentu sociálního zabezpečení

Jedním z hlavních pilířů vlastní existence sociálního zabezpečení daného společenství jsou zdroje, resp. finanční prostředky nezbytné pro jeho zajištění. Financování sociálního zabezpečení je úzce spjato s rozpočtovou soustavou v oblasti veřejných příjmů i výdajů. V mnoha zemích je financováno z parafiskálního mimorozpočtového fondu sociálního zabezpečení, který je napojen na státní rozpočet. Tato forma je v posledních desetiletích preferována zejména proto, aby zamezila použití příspěvků na sociální zabezpečení na financování jiného segmentu veřejných potřeb (Peková, 2008). Výdaje na sociální politiku tvoří významný podíl z veřejných rozpočtů. V roce 2012 členské země Evropské unie na sociální ochranu a zdraví v průměru vynaložili 27,2 % z HDP, nejvyšší hodnoty byly zaznamenány v Dánsku, nejnižší míra byla zjištěna v Lotyšsku (Anderson, 2015).

Jak z pohledu zabezpečovaných občanů, tak z pohledu státu lze diverzifikovat několik forem sociálního zabezpečení. Jednotlivé formy jsou úzce spjaty se způsoby financování sociálního

⁵ William Henry Beveridge (*13. 10. 1879, †11. 5. 1963), britský ekonom, politik a sociální reformátor.

zabezpečení, jelikož se od nich odvíjí, zda jsou financovány přímo ze státního rozpočtu nebo formou výběru pojistného. V analogii tohoto z pohledu občana poté rozlišujeme, zda na to, aby mu vznikl nárok, musí do systému předem přispívat určité poplatky. Z pohledu státu diverzifikujeme tyto formy:

- sociální pojištění,
- sociální zaopatření,
- sociální pomoc.

Sociální pomoc a sociální zaopatření je financováno ze státního rozpočtu formou obecného přerozdělování daní. Jednotlivé vydané dávky jsou mandatorními výdaji ze státního rozpočtu. Stát poté zpravidla takto financované systémy také spravuje prostřednictvím svých orgánů. Tuto působnost může také v určitém rozsahu delegovat na územní samosprávné celky (dále také ÚSC) jako tzv. přenesenou působnost. Sociální zaopatření poskytuje finanční příspěvky formou dávek specifikovaných v legislativě. Na základě selektivního přístupu dle kritéria potřeby jsou poskytovány formy sociální pomoci poskytování služeb nebo dávek.

Oproti těmto formám se v systému **sociálního pojištění** financování realizuje formou vybírání pojistného. Tento systém je obvykle spravován samostatnou veřejnoprávní institucí. Základním znakem tohoto pojištění je, že tok peněz je mimo státní rozpočet s možností vytváření rezerv. Příkladem může být např. systém zdravotního pojištění v České republice, který je financován prostřednictvím zdravotního pojištění a jehož správu vykonávají zdravotní pojišťovny (Veselý, 2013).

Peková (2008) ve své publikaci prezentuje dva základní systémy financování sociálního zabezpečení a těmi jsou:

- *průběžné financování* (systém PAY-as-you-go),
- *fondové financování* (formou kapitalizovaného fondu).

Průběžné financování sociálního zabezpečení je založeno na skutečnosti, že z běžných veřejných příjmů v daném rozpočtovém roce jsou financovány běžné výdaje, tzn. jednotlivé dávky daného roku. Je zde uplatňováno tzv. mezigenerační přerozdělování. Což znamená, že občan v produktivním věku ze svých příjmů hradí pravidelně příspěvek na povinné sociální pojištění, zdravotní pojištění a daně, ze kterých se financují jeho potřeby ale také potřeby jiných občanů.

Zdrojem finančních prostředků jednotlivých typů dávek sociálního zabezpečení jsou:

- *povinné příspěvky na sociální zabezpečení* – jedná se o pojistné od občanů, jež musí být legislativně vymezeno. Vychází se přitom z výše příjmů pojištěnců. Zpravidla zde část hradí zaměstnanec a část zaměstnavatel. Z tohoto důvodu jsou tyto povinné platby často považovány za veřejný příjem daňového charakteru a jsou zahrnovány do souhrnné daňové kvóty⁶. Tyto povinné odvody snižují disponibilní důchod poplatníka,
- *povinné veřejné zdravotní pojištění* – konstrukce se zpravidla opírá ze stejného vyměřovacího základu jako u individuální důchodové daně a taktéž je zahrnuta do souhrnné daňové kvóty,
- *daně*.

Tento systém financování je velmi nákladný se silnou vazbou na rovnováhu mezi příjmy a výdaji. Z těchto důvodů je v posledních letech kritizován zejména jeho vliv na snížení kapitálové výbavy a bohatství země. Růst výdajů v sociální sféře významně přispívá k deficitnosti veřejných rozpočtů. Proč tomu tak je? Průběžný systém financování byl populární zejména v období, kdy docházelo dlouhodobě k hospodářskému růstu i růstu populace. V konsekvenci růstu zaměstnanosti a produktivity práce rostly mzdy, analogicky se zvyšoval také základ daně, potažmo daňový výnos a to i u nepřímých spotřebních daní v souvislosti se zvyšující spotřebou obyvatel což vedlo k růstu výnosů povinných poplatků na sociální zabezpečení. V tomto období se tento systém financování jevil jako bezproblémový a umožňoval kodifikovat řadu dávek sociálního zabezpečení.

Od 70. let 20. století tento systém vlivem nedostatků finančních zdrojů v rozpočtových soustavách začíná selhávat. Mnoho ekonomů v této souvislosti hovoří o „kolapsu“ průběžného financování sociálního zabezpečení. Mezi hlavní příčiny se řadí zejména stárnutí obyvatel, nutnost valorizace dávek v důsledku vlivu inflace, tlak na růst povinných příspěvků na sociální zabezpečení, zvyšování nákladů institucí, nízká tvorba pracovních pozic, malé úspory domácností, vládní populismus aj. Tyto skutečnosti vedou k tomu, že v posledních letech ve vyspělých i tranzitivních zemích dochází k reformám průběžného financování. Oblast reforem sociálního zabezpečení zvláště pak důchodového zabezpečení, je velmi citlivou záležitostí. Do systému jsou zahrnovány prvky fondového financování a soukromého

⁶ Makroekonomický ukazatel vyjadřující poměr výnosu daní, cel a pojistného na zdravotní pojištění a sociální zabezpečení k hrubému domácímu produktu (HDP) v běžných cenách.

pojištění, tzv. **vícepilířový systém financování sociálního zabezpečení** s cílem větší participace odpovědnosti samotného občana na tvorbě vlastních úspor. Tento systém využívá placení povinných příspěvků jednotlivců, individuálního spoření případně státních dotací ze státních rozpočtů. V některých zemích je využíván tzv. dvoupilířový systém determinován veřejným pilířem a dobrovolným soukromým pilířem. V některých zemích je využíván i tzv. třípilířový systém, jenž je doporučován Světovou bankou. Zahrnuje veřejný pilíř, dobrovolný soukromý pilíř a povinný soukromý pilíř.

Fondové financování je založeno na vytváření, rozdělování a používání kapitalizovaného fondu sociálního zabezpečení na principu pojišťovacím u pojišťoven. Prolíná se zde soukromého pojištění s individuálním sociálním pojištěním. Principem je, aby si pojištěnec vytvářel v tomto systému kapitálové rezervy určené na své vlastní důchody (systém „capital reserve“). Fond, který si zpravidla může pojištěnec sám zvolit, je tvořen individuálními příspěvky pojištěnce na individuální účet. Tyto nastřádané finanční prostředky poté čerpá na principu zásluhovosti a ekvivalence.

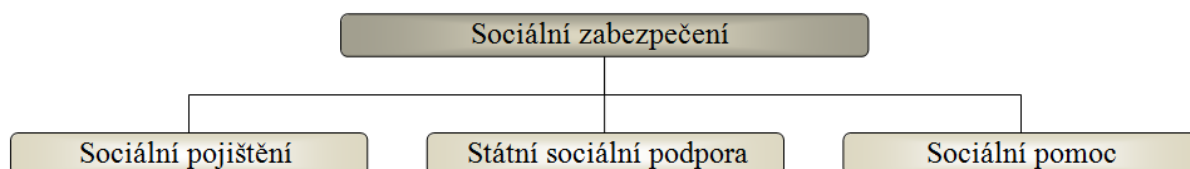
Riziko u této formy financování spočívá v možnosti defraudace kapitalizovaných fondů, příp. špatné investování těchto finančních prostředků. Správcem fondů jsou pojišťovny, které mají za úkol hospodařit tak, aby se finanční prostředky zhodnotily, což nelze bez určitého rizika. Z tohoto důvodu je tento systém finančně náročnější na tvorbu rezerv. Jelikož pojišťovny spravují úspory pojištěnců, má zpravidla stát dozor nad jejich hospodařením, které také zpravidla legislativně vymezuje. Vložené prostředky lze většinou spolehlivě investovat a zhodnocovat především do nerizikových cenných papírů (např. státní dluhopisy). Fondy spravují významné množství nahromaděných finančních prostředků, a proto jsou také významnými investory na kapitálových trzích. Tato forma financování podporuje motivaci jednotlivce ke spoření na stáří a posiluje také jeho odpovědnost. V řadě zemí se stát snaží motivovat občany k dobrovolnému pojištění formou různých daňových výhod nebo poskytnutím příspěvku ze státního rozpočtu. V posledních letech většina vyspělých zemí přechází na kombinaci uvedených systémů financování sociálního zabezpečení (Peková, 2008).

2.5 Sociální zabezpečení v České republice

Systém sociálního zabezpečení v České republice determinuje státem uznané sociální události a to zejména stáří, nemoc, pracovní neschopnost, těhotenství, mateřství a nedostatečný příjem,

jehož explikace byla již v předchozí části uvedena. Za účelem eliminace těchto sociálních skutečností byly na počátku 90. let v České republice vytvořeny tři relativně samostatné systémy a to systém sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci, viz Obr. 2.1.

Obr. 2.1 Schéma sociálního zabezpečení v České republice



Zdroj: Krebs, 2015; vlastní zpracování

Tyto formy se odlišují zejména ve třech hlavních aspektech a to jakou situaci řeší, jakým způsobem jsou financovány dávky v jednotlivých segmentech a jakým způsobem jsou tyto systémy zajištěny organizačně. V úvodu je nezbytné vymezit základní právní rámec, o který se systém sociálního zabezpečení opírá a determinovat jeho organizační řízení.

2.5.1 Legislativní východiska

Koldinská (2007) uvádí, že v České republice je sociální zabezpečení vymezeno souhrnem právních norem veřejného práva vnitrostátního, mezinárodního a evropského. Chvátalová (2012) dodává, že v moderním pojetí je právo sociálního zabezpečení chápáno jako prvek sociálního práva participující na naplňování subjektivních lidských práv. Kardinální místo zaujímá právo ústavní. V Listině základních práv a svobod je obsažen v hlavě čtvrté katalog hospodářských, sociálních a kulturních práv, který determinuje nezbytnou pomoc při zajištění základních životních podmínek.

Mezi základní právní předpisy z oblasti sociálního zabezpečení v České republice řadíme zejména:

- *zákon č. 582/1991 Sb.*, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 589/1992 Sb.*, o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku nezaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 592/1992 Sb.*, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 117/1995 Sb.*, o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 155/1995 Sb.*, o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů,

- *zákon č. 48/1997 Sb.*, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 101/2006 Sb.*, o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 108/2006 Sb.*, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 111/2006 Sb.*, o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 187/2006 Sb.*, o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- *zákon č. 73/2011 Sb.*, o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů,
- *zákon č. 329/2011 Sb.*, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Dalšími prameny jsou dále také nařízení vlády, vyhlášky ministerstev, především Ministerstva práce a sociálních věcí (dále také MPSV) a Ministerstva zdravotnictví (dále také MZ). V kontextu mezinárodního práva v oblasti sociálního zabezpečení participují také vyhlášky Ministerstva zahraničních věcí (Arnoldová, 2012).

2.5.2 Organizace a řízení sociálního zabezpečení

Stát vytváří sofistikované organizace za účelem správy, řízení a realizace celého systému sociálního zabezpečení a specifikuje podmínky účasti na sociálním zabezpečení (Tröster, 2010).

V oblasti sociálního zabezpečení **zákon č. 582/1991 Sb.**, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, determinuje organizační uspořádání zahrnující **orgány sociálního zabezpečení, obecní úřady a obecní živnostenské úřady**.

Dle tohoto zákona jsou orgány sociálního zabezpečení diverzifikovány na:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- Česká správa sociálního zabezpečení (dále také ČSSZ),
- okresní správy sociálního zabezpečení (dále také OSSZ),
- Ministerstvo vnitra,
- Ministerstvo obrany.

S ohledem na zaměření práce bude pozornost věnována zejména na instituce v kontextu oblasti invalidních systémů.

Ministerstvo práce a sociálních věcí v segmentu sociálního zabezpečení řídí a kontroluje výkon státní správy a řídí také celou Českou správu sociálního zabezpečení. Dále zajišťuje

úkoly v souvislosti s dalším rozvojem sociálního zabezpečení a úkoly vyplývající z mezinárodních smluv (zákon č. 582/1991 Sb.).

Pro účely přezkumného řízení soudního ve věci invalidních důchodů zřizuje jako své orgány posudkové komise, které posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost občanů v případech, kdy napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku posudkového lékaře OSSZ. Tyto komise také posuzují zdravotní stav pro účely odvolacího řízení správního (nepojistné systémy). Posudková komise se skládá z předsedy, tajemnice a přisedícího odborného lékaře.

Česká správa sociálního zabezpečení v rámci státní správy tvoří největší finančně správní instituci spravující agendu více než 8,7 miliónů klientů a vyplácí přes 3,5 miliónů důchodů v roce 2016. Do státního rozpočtu ČSSZ přispívá zhruba 1/3 všech příjmů. Struktura je tvořena ústředím a pracovišti ČSSZ, OSSZ, Pražskou správou sociálního zabezpečení vč. územních pracovišť a Městskou správou sociálního zabezpečení Brno (ČSSZ [online], 2017). Hlavní náplní ČSSZ je rozhodování o dávkách důchodového pojištění, o odvoláních proti rozhodnutí OSSZ, o odstranění tvrdosti, dále řídí a kontroluje činnost OSSZ. Další činností je také posuzování a zajišťování podkladů, posuzování zdravotního stavu, informování OSSZ o tom, že občan, který je dočasně práce neschopným, byl uznán invalidním na základě žaloby u soudu aj.

Okresní správa sociálního zabezpečení je nižším stupněm organizační struktury ČSSZ. Poskytuje zejména odborné informace a zajišťuje komunikaci mezi zaměstnavateli a pojištěnci. Zejména rozhoduje o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a také pojistné vybírá (zákon č. 582/1991 Sb.). Jednotlivé OSSZ se dále diverzifikují na jednotlivé oddělení dle příslušeného zaměření, např. důchodové odd., které sepisuje žádosti o dávky důchodového pojištění nebo odd. lékařské posudkové služby, které mj. posuzuje zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely invalidních důchodů.

Orgány ministerstva obrany, vnitra a spravedlnosti zejména řídí, kontrolují a provádí důchodové pojištění v oboru svých působností (např. u vojáků z povolání, příslušníků policie ČR, příslušníků vězeňské služby ČR), (zákon č. 582/1991 Sb.).

Arnoldová (2012) dodává, že na organizaci sociálního zabezpečení se také podílí **obce a obecní úřady** a to na úseku sociální péče. Tato péče je poskytována občanům, kteří ji potřebují a to s participací s jinými státními orgány, církvemi, občanskými sdruženími, charitativními i jinými organizacemi. Poskytované služby a dávky sociální pomoci jsou

obecními úřady poskytovány ze státního rozpočtu v rámci přenesené působnosti výkonu státní správy.

Výše uvedená enumerace organizací a institucí působících v oblasti sociálního zabezpečení není zdaleka úplná, nemalou část zaujímá také segment nestátních neziskových organizací, které se na sociálním zabezpečení občanů podílí významnou měrou.

2.5.3 Sociální pojištění

S ohledem na charakter práce bude explikace soustředěna především na oblast sociálního pojištění se zaměřením na základní charakteristiku poskytovaných dávek, ostatní segmenty budou pouze obecně vymezeny. Veselý (2013) uvádí, že sociální pojištění zahrnuje ty sociální situace, u kterých má občan možnost se předem pojistit formou odložení části nynější spotřeby pro budoucí účely krytí nejisté krátkodobé či dlouhodobé sociální situace. Nečadová (2015) doplňuje, že hlavním úkolem sociálního pojištění je přerozdělení důchodu a pojištění proti rizikům.

Pojištění v oblasti sociálního zabezpečení zahrnuje zdravotní pojištění (vymezeno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů) a sociální pojištění. Sociální pojištění je diverzifikováno na následující segmenty:

- *nemocenské pojištění,*
- *důchodové pojištění,*
- *příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.*

Nemocenské pojištění je vymezeno zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona jsou v roce 2017⁷ poskytovány následující dávky:

- *nemocenská,*
- *ošetřovné,*
- *vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství,*
- *peněžitá pomoc v mateřství (zákon č. 187/2006 Sb.).*

Orgány nemocenského pojištění jsou OSSZ, ČSSZ, MPSV a služební orgány (Vězeňská služba ČR, Bezpečnostní informační služby aj.). Pojištění je založeno na pravidelném placení

⁷ Od 1. 2. 2018 v rámci nemocenského pojištění přibude dávka otcovské poporodní péče – otcovská a od 1. 6. 2018 také dávka dlouhodobé ošetřovné.

příspěvku – pojistného. Příspěvky, které ČSSZ vybírá, jsou příjmem státního rozpočtu. Účast na pojištění je povinná pro zaměstnance a nepovinná pro osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) dle zákonem stanovených podmínek. Dávky jsou vypláceny za kalendářní dny ze státního rozpočtu prostřednictvím OSSZ (Nečadová, 2015).

Nemocenská je dávka, která je vyplácena zaměstnanci, který byl uznán dočasně práce neschopným (dále také DPN). Od 4. do 14. pracovního dne náleží zaměstnanci náhrada mzdy od zaměstnavatele ve výši 60 % průměrného výdělku. Nárok na dávku plyne od 15. kalendářního dne trvání jeho DPN až do jeho ukončení, nejdéle však 380 kalendářních dnů. Výše denního redukováného vyměřovacího základu činí 60 % do 30. kalendářního dne, 66 % od 31. kalendářního dne a 72 % od 61. kalendářního dne. Pro získání nároku na nemocenskou dávku musí být OSVČ účastna tohoto pojištění alespoň tři měsíce před vznikem DPN dle zákonem stanovených podmínek. **Ošetrovné** náleží zaměstnanci, jenž nemůže vykonávat práci z důvodu ošetřování dítěte nebo jiného člena rodiny. Podpůrná doba činí 9 nebo 16 kalendářních dnů, pokud jde o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči nemocné dítě mladší 16 let. Výše činí 60 % denního vyměřovacího základu za kalendářní den. Podmínkou nároku na **peněžitou pomoc v mateřství** je účast na nemocenském pojištění příp. ochranná lhůta v délce min. 270 dnů. U OSVČ je vymezena na 180 kalendářních dnů v posledním roce. Dávku lze pobírat maximálně do 1 roku věku dítěte. Výše činí 70 % redukováného denního vyměřovacího základu. **Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství** je poskytován zaměstnankyni, která z důvodu mateřství, kojení nebo těhotenství byla převedena na jinou práci, z níž jí plynou nižší příjmy než před převedením dle zákonem stanovených podmínek (zákon č. 187/2006 Sb.).

Důchodové pojištění je determinováno zejména zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Dávky plynoucí z důchodového pojištění jsou:

- *starobní důchod*,
- *invalidní důchod*,
- *pozůstalostní důchody* (vdovský, vdovecký, sirotčí) (Nečadová, 2015).

Starobní důchod je dávka, která je složena ze základní výměry a procentní výměry dle zákonem stanovených podmínek. Nárok má pojištěnec, jenž dosahuje důchodového věku a získal potřebnou dobu pojištění. Tento důchodový věk se neustále prodlužuje, u pojištěnců narozených v roce 1983 a později se tento věk ukotvil na 68 let (Vostatek, 2016). Dávky jsou vypočítávány pracovníky ČSSZ vždy ve formě rozhodnutí. Potřebná doba pojištění je

uvedena v ust. § 29 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. Pokud např. osoba dosáhne v roce 2017 důchodového věku, její potřebná doba pojištění činí 33 let, po roce 2018 je doba stanovena na 35 let. **Invalidní důchod** náleží pojištěncům, kteří nemají nárok na starobní důchod a stali se invalidními při participaci podmínky dosažení potřebné doby pojištění, případně jim invalidita vznikla následkem nemoci z povolání nebo pracovního úrazu. Bližší specifikace této dávky bude předmětem samostatné kapitoly, a proto se jí tato část již věnovat nebude.

Vdovský důchod patří do segmentu pozůstalostních důchodů. Nárok na vdovský (vdovecký) důchod náleží ovdovělému partnerovi, pokud zemřelá osoba byla poživitelem důchodu, příp. ke dni smrti splňovala podmínky pro nárok v délce 1 roku, příp. déle v zákonem přesně vymezených podmínkách. Procentní výměra důchodu činí 50% procentní výměry důchodu zemřelé osoby dle zákonem stanovených podmínek. Na **sirotčí důchod** má nárok nezaopatřené dítě mladší 26 let, jehož zemřelý rodič byl poživitelem důchodu nebo ke dni úmrtí splňoval podmínky pro jeho výplatu, případně smrt nastala následkem pracovního úrazu. Výměra je analogická s výměrou vdovského důchodu, jehož výše činí 40 % (zákon č. 155/1995 Sb.).

Nečadová (2015) uvádí, že **příspěvek na státní politiku zaměstnanosti** je determinován zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Nárok na dávku ve formě podpory v nezaměstnanosti má osoba, která v posledních 2 letech získala alespoň 12 měsíců důchodového pojištění vč. náhradních dob, nemá nárok na starobní důchod, o podporu si požádal a je evidován úřadem práce jako uchazeč o zaměstnání. Dávka je časově omezena na max. 11 měsíců, je diferencována podle věku občana a poskytována Krajskými pobočkami Úřadu práce ČR.

V rámci výplaty dávek v segmentu sociálního pojištění je nutné odvádět pojistné na sociální zabezpečení a pojistné plynoucí na veřejné zdravotní pojištění zajišťující lékařskou péči, které je také součástí sociálního pojištění.

2.5.4 Státní sociální podpora

Veselý (2013) uvádí, že státní sociální podpora je určena zejména na podporu rodin, především rodin s dětmi. Tröster (2010) dodává, že se jedná o státem organizovanou sociální solidaritu mezi rodinami bezdětnými a rodinami s dětmi. Tato podpora je vymezena zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. V legislativní úpravě těchto dávek je uplatňován princip **adresného** poskytování, také nazývaného jako **dávky**

testované nebo netestované. Přičemž testování zde značí zjišťování výše příjmů osoby nebo osob společně posuzovaných (Tröster, 2010).

Testované dávky závislé na příjmu jsou:

- přídavek na dítě,
- příspěvek na bydlení,
- porodné.

Netestované dávky nezávislé na výši příjmu jsou:

- rodičovský příspěvek,
- pohřebné.

Do roku 2012 byla součástí také dávka pěstounské péče. Všechny tyto dávky mají obligatorní charakter. Dávka pohřebné a příspěvek na bydlení tvoří jistou specifiku, jelikož jako jediné mohou být přiznány i jiným osobám. Finanční prostředky nutné pro výplatu těchto dávek jsou poskytovány formou celospolečenské solidarity prostřednictvím státního rozpočtu a to z daní. Je zde uplatňován také princip solidarity vyskopříjmových rodin s rodinami s nízkými příjmy (Krebs, 2015).

2.5.5 Sociální pomoc

Cílem tohoto systému je zajistit základní životní potřeby občanů, kteří se nachází v nepříznivé sociální situaci a nejsou schopni si tyto potřeby samy a to ani s pomocí rodiny zabezpečit. Sociální pomoc je chápána jako činnost subjektů směřována osobám v obtížné sociální situaci s cílem umožnit jim tuto situaci řešit a zmírnit. Nástroji jsou poradenství, sociálně právní ochrana, prevence sociálně patologických jevů, dávky sociální pomoci a sociální služby. Tento sociální systém zasahuje i do práva mezinárodního, občanského i trestního (Krebs, 2015). Sociální pomoc zahrnuje dávky v hmotné nouzi a dávky sociální péče.

Dávky v oblasti hmotné nouze jsou:

- *příspěvek na živobytí,*
- *doplatek na bydlení,*
- *mimořádná okamžitá pomoc.*

V segmentu sociální péče jsou dávky vymezeny na:

- *příspěvek na péči,*

- *příspěvky pro zdravotně postižené.*

Systém sociální pomoci napomáhá předcházet vzniku chudoby a sociálního vyloučení a napomáhá se zmírněním negativních dopadů a podporuje začlenění zpět do společnosti (Nečadová, 2015).

2.6 Sociální zabezpečení ve Slovenské republice

Slovenská republika (dále také SR) tvořila až do 1. ledna 1993 spolu s Českou republikou československé soustátí. Gejdošová (2012) uvádí, že z historického hlediska patřila k zalitavské části Rakousko-Uherska, tudíž historický vývoj nejen systému sociálního zabezpečení je v mnoha ohledech shodný s českým.

Ve Slovenské republice jsou státem uznány zejména sociální události v oblasti nemoci, stáří, nezaměstnanosti, mateřství a rodičovství a nedostatečného příjmu, jehož explikace byla uvedena v úvodu práce.

Z hlediska nárokovosti je soustava sociálního zabezpečení shodná s ČR, zahrnuje segment:

- sociálního pojištění,
- sociální podpory nebo zaopatření,
- sociální pomoci.

2.6.1 Legislativní východiska

Sociální transformace společnosti na Slovensku započala rokem 1990. Tato transformace v oblasti sociální sféry se týkala reformy dvou rozsáhlých segmentů a to v oblasti pracovního práva a sociálního zabezpečení (Oláh, 2013). Poslední rozsáhlá transformace proběhla v roce 2004, kdy byly přijaty mnohé klíčové normy a opatření.

Právními předpisy zahrnujícími sociální zabezpečení ve Slovenské republice jsou zejména:

- *zákon č. 238/1998 Z. z., o příspěvku na pohřeb, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 453/2003 Z. z., o orgánech štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 461/2003 Z. z., o sociálnom poistení, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 599/2003 Z. z., o pomoci v hmotnej núdzi, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 600/2003 Z. z., o prídavku na dieta, ve znění pozdějších předpisů,*

- *zákon č. 601/2003 Z. z., o životnom minime, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 305/2005 Z. z., o sociálnoprávnej ochrane a sociálnej kuratele, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 201/2008 Z. z., o náhradnom výživnom, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 447/2008 Z. z., o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 448/2008 Z. z., o sociálnych službách, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 561/2008 Z. z., o príspevku na starostlivosť o dieta, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 571/2009 Z. z., o rodičovskom príspevku, ve znění pozdějších předpisů,*
- *zákon č. 383/2013 Z. z., o príspevku pri narodení dieťaťa a viac súčasne narodených detí, ve znění pozdějších předpisů.*

2.6.2 Organizace a řízení sociálního zabezpečení

Ve Slovenské republice jsou v segmentu sociálních věcí a služeb zaměstnanosti specifikovány dle zákona 453/2003 Z. z. následující orgány státní správy:

- *ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny SR* (dále také MPSVaR),
- *ústředí práce, sociálních věcí a rodiny,*
- *úřad práce, sociálních věcí a rodiny* (Gejdošová, 2012).

Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny SR zejména řídí výkon státní správy uskutečňovaný úřady práce, sociálních věcí a rodiny a Ústředím práce sociálních věcí a rodiny. V oblasti sociálních věcí a služeb zaměstnanosti zejména kontroluje výkon státní správy a odpovídá za tvorbu koncepce rozvoje v této oblasti.

Ústředí práce, sociálních věcí a rodiny (dále jen ústředí) je rozpočtová organizace státu vykonávající státní správu v segmentu sociálních věcí a služeb zaměstnanosti. Hlavní funkcí ústředí je zejména koordinace a metodické usměrňování v této oblasti, jež je uskutečňována prostřednictvím úřadů práce.

Úřad práce sociálních věcí a rodiny (dále také úřad) je taktéž rozpočtovou organizací státu. Prostřednictvím tohoto úřadu je vykonávána státní správa mj. na úseku kompenzace sociálních důsledků těžkého zdravotního postižení, státních sociálních dávek a sociální pomoci (zákon č. 453/2003 Z. z.). Úřad se diverzifikuje na odbor sociálních věcí a odbor služeb zaměstnanosti. Odbor sociálních věcí se člení na jednotlivé oddělení, např. oddělení

posudkových činností, jenž vykonává lékařskou a sociální posudkovou činnost. Rozhoduje a vydává posudek o míře funkční poruchy těžkého zdravotního postižení.

Tento výčet není zdaleka úplný, dalšími organizacemi podílejícími se na sociálním zabezpečení mohou být také různé **organizace neziskového charakteru, obce a vyšší územní celky** a to zejména v oblasti hmotné nouze, poradenství při zabezpečení základních životních podmínek (Gejdošová, 2012).

Významnou veřejnoprávní institucí v oblasti sociálního zabezpečení je **sociální pojišťovna**, jež je pověřena výkonem nemocenského pojištění a důchodového zabezpečení (SP, základní charakteristika [online], 2017). Do její působnosti mj. patří rozhodování ve věcech důchodových dávek a vykonávání lékařské posudkové činnosti pro účely invalidních důchodů.

2.6.3 Sociální pojištění

Výkonem sociálního pojištění je pověřena sociální pojišťovna. Sociální pojištění ve Slovenské republice jde dle platné právní úpravy diferencováno na:

- *nemocenské pojištění,*
- *důchodové pojištění,*
- *úrazové pojištění,*
- *garanční pojištění,*
- *pojištění v nezaměstnanosti.*

Nemocenské pojištění je vymezeno zákonem č. 461/2003 Z. z. Pojištění může být dobrovolné nebo povinné dle zákonem stanovených podmínek. Povinně pojištěnými jsou zaměstnanci a OSVČ. Ze systému nemocenského pojištění jsou poskytovány následující dávky:

- *nemocenská,*
- *mateřská,*
- *ošetřovné,*
- *vyrovnávací dávka.*

Nemocenská je dávka charakterem shodná s dávkou v ČR. Dávka se poskytuje za kalendářní dny a nárok vzniká od 11. dne pracovní neschopnosti. U OSVČ a dobrovolně pojištěných od prvního dne dle podmínek stanovených zákonem. Výše činí 55% denního, příp. pravděpodobného vyměřovacího základu (dále jen DVZ), jejíž výplata může dosahovat max.

52 týdnů. **Mateřská** se poskytuje v souvislosti s těhotenstvím či péčí o narozené dítě, při splnění podmínky 270 dní nemocenského pojištění v posledních 2 letech před porodem (Gejdošová, 2012). Výše dávky od 1. května 2017 činí 75 % DVZ, zpravidla se poskytuje 34 týdnů, příp. déle dle podmínek stanovených zákonem (SP, materské [online], 2017). Dávka **ošetřovného** je poskytována zaměstnanci, který poskytuje péči nemocnému dítěti nebo jinému členu rodiny dle příslušné legislativy. Je poskytována od prvního dne ve výši 55 % DVZ v max. délce 10 kalendářních dnů. **Vyrovňovací dávka** je charakterem shodná s vyrovnávacím příspěvkem v těhotenství a mateřství v ČR.

Důchodové pojištění zahrnuje následující dávky:

- *starobní důchod,*
- *předčasný starobní důchod,*
- *invalidní důchod,*
- *vdovský důchod,*
- *vdovecký důchod,*
- *sirotčí důchod,*
- *vyrovňovací příspěvek* (Gejdošová, 2012).

Enumerace a obecná charakteristika dávek důchodu je shodná s českými dávkami v oblasti důchodu, uvedená v předcházející podkapitole, proto již dále zmiňovány nebudou. Drobné disparity lze pouze spatřit při výpočtu a podmínkách nároku na dávku. Segmentu invalidních důchodů bude věnována samostatná podkapitola. **Vyrovňovací příspěvek** patří do důchodových dávek, kterou se dorovnává rozdíl mezi vyplácenou dávkou českého a slovenského důchodu na který by pojištěnci vznikl nárok, pokud by nedošlo k rozdělení Československa (SP, Vyrovňovací příplatek [online], 2017).

Úrazové pojištění zahrnuje případy poškození zdraví nebo úmrtí v důsledku choroby z povolání nebo pracovního úrazu. Z tohoto pojištění je po splnění zákonných podmínek poskytováno celkem **jedenáct úrazových dávek peněžního charakteru**, kterými jsou úrazový příplatek, úrazová renta, pozůstalostní úrazová renta, jednorázové odškodnění, jednorázové vyrovnání, rehabilitační, rekvalifikační, náhrada za bolest, náhrada za ztížení společenského uplatnění, náhrada nákladů spojených s léčením, náhrada nákladů spojených s pohřbem a **dvě dávky věcného charakteru** a to pracovní rehabilitace a rekvalifikace.

Garanční pojištění bylo vytvořeno pro případy platební neschopnosti zaměstnavatele za účelem uspokojení nároku zaměstnance a na úhradu příspěvků na starobní důchodové

pojištění, jež zaměstnavatel nezaplatil do základního fondu příspěvku na starobní důchodové spoření. Dávka je po splnění zákonných podmínek vyplacena ze základního fondu garančního pojištění.

Pojištění v nezaměstnanosti pojímá případy, kdy došlo ke ztrátě příjmu z činnosti zaměstnance v konsekvenci nezaměstnanosti a na zajištění příjmu v důsledku nezaměstnanosti. Po splnění zákonných podmínek dávka v nezaměstnanosti vzniká ode dne zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání a zaniká uplynutím 6 měsíců, příp. 4 dle zákonem stanovených podmínek (Gejdošová, 2012).

2.6.4 Státní sociální podpora

Státní sociální podpora je určená k finanční podpoře rodin s dětmi prostřednictvím státních sociálních dávek. Oproti ČR je právní determinace obsažena v několika samostatných zákonech, jejíž základní enumerace byla uvedena výše. Poskytování dávky není odvislé od určité dosažené příjmové úrovně rodiny, jak tomu v minulosti bylo. Vznik nároku na dávku nyní odůvodňuje existence sociální události a splnění zákonných podmínek. Z tohoto důvodu zde nebude diferenciaci dle závislosti na příjmu, jak tomu bylo u ČR. Ve Slovenské republice státní sociální podpora zahrnuje dávky jednorázové, opakované a určené na podporu náhradní péče o dítě.

Jednorázové státní sociální dávky jsou:

- *příspěvek při narození dítěte,*
- *příplatek k příspěvku při narození dítěte,*
- *příspěvek rodičům, kterým se současně narodili tři děti nebo více dětí nebo kterým se v průběhu dvou let opakovaně narodili dvojčata,*
- *příspěvek na pohřeb.*

Struktura opakovaných sociálních dávek zahrnuje:

- *přídavek na dítě,*
- *příplatek přídavku na dítě,*
- *příspěvek na péči o dítě,*
- *rodičovský příspěvek.*

Dávky určené na **podporu náhradní péče** o dítě jsou:

- *jednorázové* – příspěvek dítěti při jeho svěření do náhradní péče, příspěvek dítěti při zániku náhradní péče
- *opakované* – příspěvek dítěti svěřenému do náhradní péče, příspěvek náhradnímu rodiči, zvláštní příspěvek náhradnímu rodiči (Gejdošová, 2012).

2.6.5 Sociální pomoc

Sociální pomoc představuje systém náhradních zdrojů poskytovaných v situacích **sociální** nebo **hmotné nouze**. Konkrétní nástroje řešení jsou v kompetenci státních i samosprávných orgánů. Systémové nástroje a opatření v segmentu **hmotné nouze** zahrnuje dávky a poskytované příspěvky.

Příspěvky v hmotné nouzi dle účelu diverzifikujeme na:

- *příspěvek na zdravotní péči,*
- *příspěvek na bydlení,*
- *ochranný příspěvek,*
- *aktivační příspěvek.*

Dávka v hmotné nouzi je diferencována do 6 základních stupňů, kdy je pro každou skupinu určená pevná dávka.

Součástí sociální pomoci jsou dále:

- *dotace pro děti,*
- *náhradní výživné,*
- *program distribuce potravin.*

Systém pomoci v **sociální nouzi** zahrnuje:

- *peněžní příspěvky na kompenzaci těžkého zdravotního postižení,*
- *sociální služby,*
- *sociálněprávní ochrana dětí a sociální kuratela* (Gejdošová, 2012).

3 Analýza invalidních systémů ve vybraných zemích

Tato kapitola je rozčleněna na dvě základní podkapitoly, z nichž je první část věnována České republice a druhá Slovenské republice. Úvod kapitoly pojednává o charakteristice dávek invalidního důchodu a podmínkách vzniku invalidizace v České republice. Následná část determinuje počty celkových i nově zjištěných invalidních důchodů, vč. vývoje celkových výdajů. Další úseky jsou zaměřeny na analýzu počtu těchto dávek v kontextu genderové diferenciaci, věku a zdravotních příčin v období let 2012-2016. Druhý základní segment je věnován Slovenské republice s analogickou strukturou.

3.1 Vývoj invalidity v České republice v letech 2012 až 2016

Od 1. 1. 2010 došlo k zásadním změnám v oblasti determinace invalidity spočívající v implementaci tří stupňů invalidity namísto invalidity částečné a plné. V závislosti na zjištěném stupni invalidity zákon č. 155/1995 Sb. explicitně diverzifikuje invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně, druhého stupně a třetího stupně.

3.1.1 Determinace nároku a výše invalidního důchodu

Nárok na invalidní důchod vzniká, jestliže pojištěnec nedosáhl věku 65 let příp. důchodového věku, jestliže je důchodový věk vyšší než 65 let a pokud pojištěnec splnil následující podmínky:

- stal se invalidním pro invaliditu prvního, druhého či třetího stupně,
- získal potřebnou dobu pojištění, případně jeho invalidita vznikla následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání,
- nesplnil podmínky nároku na starobní důchod dle ust. § 29 zák. č. 155/1995 Sb. případně nedosáhl důchodového věku v případě, že mu byl starobní důchod dle ust. § 31 zák. č. 155/1995 Sb. přiznán, tj. starobní důchod před dosažením důchodového věku (ČSSZ, Invalidní důchody [online], 2017).

Invalidita vzniká u pojištěnce, pokud z důvodu DNZS nastal pokles jeho pracovní činnosti nejméně o 35 %. V České republice jsou diverzifikovány tři stupně invalidity a to:

- 1. stupeň v případě poklesu pracovní schopnosti pojištěnce o 35-49 %,
- 2. stupeň v případě poklesu pracovní schopnosti pojištěnce o 50-69 %,
- 3. stupeň v případě poklesu pracovní schopnosti pojištěnce o 70 % a více.

Pracovní schopnost je definována jako schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost, která odpovídá jeho duševním, tělesným a smyslovým schopnostem. Při posuzování se také přihlíží ke znalostem, zkušenostem a dosaženém vzdělání. Pro účely posouzení snížení pracovní schopnosti se za zdravotní postižení považuje soubor všech funkčních poruch, které s ním souvisejí. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pojištěnce je v kompetenci *lékařské posudkové služby* (dále také LPS) v rámci orgánů státní správy a to příslušné OSSZ. Pro účely námitky posuzuje také posudkový lékař ČSSZ a v případě soudního přezkumu také posudková komise MPSV. Náležitosti posudku o invaliditě a stanovení procentní míry poklesu pracovní schopnosti je kodifikováno zejména ve vyhlášce č. 359/2009 Sb. Pojištěnec si o tuto dávku musí požádat na příslušné OSSZ.

Účast na důchodovém pojištění je nutná u všech důchodů, vč. invalidního. Pojištění hradí v rámci sociálního pojištění zaměstnavatel, OSVČ, případně stát. Potřebná **dobu účasti pojištění** činí:

- *méně než 1 rok* u pojištěnce do 20 let věku,
- *jeden rok* u pojištěnce od 20 do 22 let,
- *dva roky* u pojištěnce od 22 do 24 let,
- *tři roky* u pojištěnce od 24 do 26 let,
- *čtyři roky* u pojištěnce od 26 do 28 let,
- *pět let* u pojištěnce nad 28 let,
- *deset let* u pojištěnce nad 38 let (zákon č. 155/1995 Sb.).

Do potřebné doby pojištění se také započítává **náhradní dobu** pojištění. Jedná se o období, ve kterém se neodvádí žádné pojistné, přesto se toto období počítá do potřebných let pojištění, např. péče o dítě do 4 let věku, uchazeč o zaměstnání vedený na úřadu práce, doba pro kterou plyne nárok na podporu v nezaměstnanosti.

Výše invalidního důchodu je determinována základní a procentní výměrou. Základní výše je jednotná ve výši 9 % průměrné mzdy měsíčně. V roce 2018 činí *základní výměra* 2 700 Kč měsíčně. Procentní sazbou z výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění a dopočtené doby se stanoví výše *procentní výměry*. Dopočtená doba je explikována jako doba od vzniku nároku na invalidní důchod až do dosažení důchodového věku pojištěnce.

Za každý celý rok doby pojištění je výše procentní sazby výpočtového základu:

- *0,5 %* - invalidní důchod pro invaliditu *prvního stupně*,

- 0,75% - invalidní důchod pro invaliditu *druhého stupně*,
- 1,5 % - invalidní důchod pro invaliditu *třetího stupně*.

V simplifikované formě procentní výměra závisí zejména na době pojištění a odvodech na důchodovém pojištění z čehož analogicky plyne, že vyšší příjmy a doba pojištění značí také vyšší sumu invalidního důchodu. V mimořádných případech existují také **výjimky** ve stanovení výše invalidního důchodu. Příkladem může být tzv. „*invalidní důchod z mládeže*“. Tato pojistná dávka vzniká osobě s trvalým pobytem v ČR, která je starší 18 let věku, je invalidizována pro invaliditu třetího stupně, jestliže invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a nesplňuje podmínku potřebné doby pojištění. Procentní výměra důchodu činí měsíčně 45 % výpočtového základu. Bez ohledu na stupeň invalidity je nejnižší procentní výměra invalidního důchodu stanovena ve výši 770 Kč měsíčně.

Dávka invalidního důchodu se vyplácí pouze po dobu trvání invalidity. Nárok na tuto dávku zaniká také v konsekvenci přiznání a pobírání starobního důchodu. **Souběh** invalidního důchodu s důchody pozůstalostními je možný s tím, že je vyplácen vždy vyšší důchod v plné výši a polovina procentní výměry z druhého důchodu. V případě pobírání invalidního důchodu neexistuje restrikce souběhu s příjmem z výdělečné činnosti (ČSSZ, Invalidní důchody [online], 2017).

3.1.2 Celkový vývoj invalidních důchodů

Z analyzovaných dat ČSSZ uvedených v Tabulce 3.1 vyplývá, že v roce 2012 bylo celkem 28 615 nově přiznaných invalidních důchodů. V roce 2016 celkový počet nově přiznaných ID vzrostl o 5,3 % na 30 140. Ve sledovaném období na ID participují zejména ID pro invaliditu 1. stupně, průměrně se ve sledovaném období podílí 50,9 %. Druhou nejpočetnější dávkou jsou ID 3. stupně, s průměrnou výší 32,9 %, v roce 2016 dosahovaly nejnižšího procentního zastoupení a to 31,4 %. Proporcionalita jednotlivých druhů ID byla poměrně stabilní, celkové počty ID v komparovaném období mají spíše zvyšující se tendenci, zejména ID 1. stupně.

Tab. 3.1 Vývoj počtu nově přiznaných a zamítnutých žádostí o ID v letech 2012-2016

Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	celkem	v %	celkem	v %	celkem	v %	celkem	v %	celkem	v %
ID 1. stupně	14 095	49,3	13 729	49,3	14 828	50,5	15 837	52,5	15 938	52,9
ID 2. stupně	4 821	16,8	4 588	16,5	4 674	15,9	4 805	15,9	4 742	15,7
ID 3. stupně	9 699	33,9	9 539	34,2	9 860	33,6	9 529	31,6	9 460	31,4
Zamítnuté žádosti o ID	13 406		16 958		17 873		18 557		19 080	
Celkem nově přiznaných	28 615		27 856		29 362		30 171		30 140	

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Výrazné disparity s růstovou tendencí lze pozorovat v souhrnném počtu zamítnutých žádostí o ID, který se v každém roce zvyšuje na celkový počet 19 080 v roce 2016, což je nárůst více než 42 % oproti roku 2012.

Od roku 2013 se počet přiznaných ID 1. stupně zvyšuje, pokud k tomuto nárůstu bude docházet i v dalších letech, lze predikovat, že se zvyšujícím se věkem poživatelů ID bude také docházet i k progresi jejich DNZS což bude vést i k pozvolnému poklesu pracovní schopnosti a navýšení stupně invalidity.

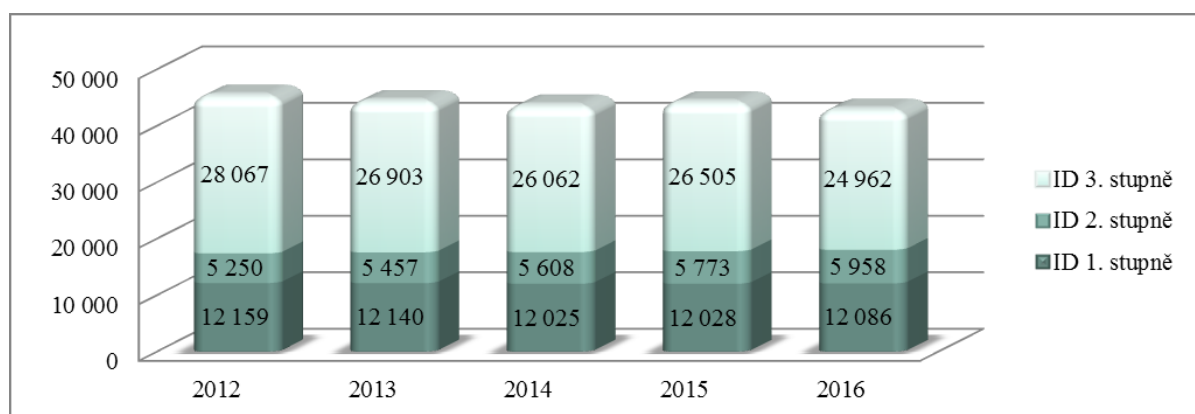
Tab. 3.2 Vývoj celkového počtu vyplácených ID v letech 2012-2016

Typ ID	Rok				
	2012	2013	2014	2015	2016
ID 1. stupně	160 057	161 314	161 657	160 884	163 920
ID 2. stupně	62 612	65 616	67 264	68 363	71 031
ID 3. stupně	215 840	206 484	199 377	192 408	190 837
Celkem ID	438 509	433 414	428 298	421 655	425 788

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Celkový počet všech vyplácených ID v roce 2016 dosáhl hodnoty 425 788, kdy oproti roku 2012 dochází ke snížení počtu dávek o 12 721. Počet ID 2. stupně má rostoucí charakter a je inverzní k počtu ID pro invaliditu 3. stupně sledovaného období, viz Tabulka 3.2. Jednotlivé disparity jsou dány zejména transformací ID na starobní důchod, zánikem invalidity, přiznáním důchodu jiného druhu, úmrtím příp. vzdáním se důchodu z různých důvodů.

Obr. 3.1 Vývoj výdajů na ID v letech 2012-2016 v mil. Kč



Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Nezbytné je uvést také finanční náročnost na rozpočet MPSV v konsekvenci vyplácených dávek. Z Obr. 3.1 je patrné, že největší položku celkových výdajů na invalidní důchody tvoří ID 3. stupně, jehož hodnota v roce 2016 dosahovala téměř 25 mld. Kč, což analogicky

vyplývá z konstrukce výpočtu dávky, jež byla uvedena v předchozí podkapitole. Průměrná celková roční výše výdajů ve sledovaném období je 44 mld. Kč.

Celkové výdaje státního rozpočtu v roce 2016 činily 1 220 mld. Kč. Z hlediska odvětvového členění byly nejvyšší výdaje ze státního rozpočtu v roce 2016 vynaloženy do segmentu sociálních věcí a politiky zaměstnanosti v celkové výši 563 mld. Kč. Z hlediska invalidních důchodů je vhodnější diverzifikace rozpočtu státu dle kapitol a to konkrétně kapitola MPSV. Výdaje z rozpočtu této kapitoly v roce 2016 činily 539 mld. Kč (Monitor [online], 2017). Výdaje, které byly vynaloženy na výplatu všech druhů ID v roce 2016, participují na celkových výdajích kapitoly MPSV 8 % a jsou významnou položkou tohoto resortu, viz Obr. 3.1. Pro účely této práce bude dále analýza dat prováděna pouze na počtech nově přiznaných invalidních důchodů.

3.1.3 Genderová diferenciacie invalidních důchodů

Při genderové komparaci ve sledovaném období z Tabulky 3.3 plyne, že průměrně byl mužům přiznán některý z druhů ID v 52 %, ženám ve 48 %. U ID 1. stupně v celém průběhu komparovaného období převažují ženy. ID 2. a 3. stupně jsou zastoupeny nejpočetněji ID přiznanými mužům.

Tab. 3.3 Vývoj počtu nově přiznaných ID dle druhu ID a genderu v letech 2012-2016

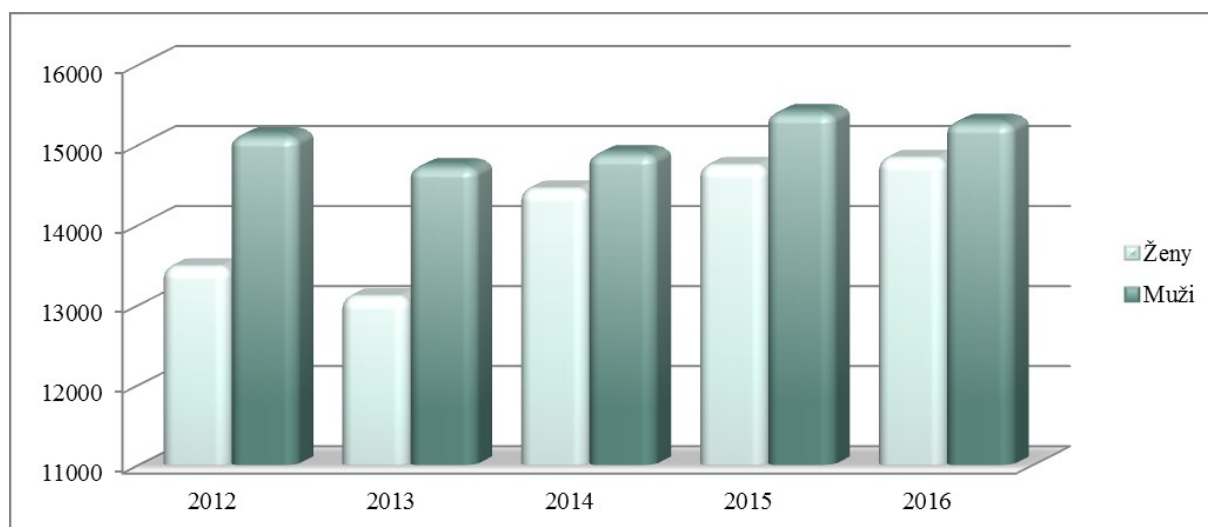
Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
ID 1. stupně	7 472	6 623	7 211	6 518	8 039	6 789	8 678	7 159	8 581	7 357
ID 2. stupně	2 011	2 810	1 928	2 660	2 091	2 583	2 078	2 727	2 114	2 628
ID 3. stupně	3 997	5 702	3 968	5 571	4 322	5 538	3 990	5 539	4 142	5 318
Celkem ID	13 480	15 135	13 107	14 749	14 452	14 910	14 746	15 425	14 837	15 303

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Nejvíce reprezentovaným druhem invalidního důchodu u obou pohlaví jsou nově přiznané ID pro invaliditu 1. stupně, u žen v rozmezí 7 211 až 8 678 ID 1. stupně a u mužů 6 518 až 7 357 těchto přiznaných důchodových dávek.

Největší disparity mezi pohlavím jsou zaznamenány v roce 2012, kdy počet přiznaných ID u mužů byl o 12 % vyšší než u žen, celkem o 1 655 ID. Nejmenší rozdíly lze pozorovat v roce 2016, kdy byl tento rozdíl výrazně snížen na 3 %. Z Obr. 3.2 je patrné, že disparity mezi počty přiznaných ID dle pohlaví byly největší v roce 2012 a 2013, od roku 2014 lze zaznamenat trend snižování genderových rozdílů.

Obr. 3.2 Vývoj počtu nově přiznaných ID dle genderu v letech 2012-2016



Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Z výše uvedené analýzy plyne, že kromě ID pro invaliditu 1. stupně je mužská populace zastoupena ve větším rozsahu než ženská populace u nově přiznaných ID. Genderové rozdíly mají v komparovaných letech klesající tendenci.

3.1.4 Enumerace invalidních důchodů dle věku

Z hlediska věkového rozložení nově přiznávaných ID jsou data dislokována dle věkové kategorie po pětileté diferenciaci znázorněné v Tab. 3.4. Nejpočetnější skupiny sledovaného období tvoří ID přiznávané ve věkové kategorii 55-59 let. V roce 2016 bylo v této kategorii přiznáno 7 543 ID, což tvořilo 25 % všech přiznávaných ID. Druhý nejvyšší počet tvoří skupina ve věku 50-54 let, jejíž hodnoty se pohybovaly v rozmezí mezi 5 265 až 5 975 přiznanými ID. Nejmenší četnost je zaznamenána u ID přiznávaných ve věku 20 až 24 let. Tato kategorie má klesající tendenci v celém průběhu sledovaného období, v roce 2016 došlo k 14% snížení přiznávaných ID oproti roku 2012. Druhou nejnižší skupinu tvoří kategorie 25 až 29 let, jejíž nejvyšší hodnota byla dosažena v roce 2012 ve výši 1 064 přiznaných ID.

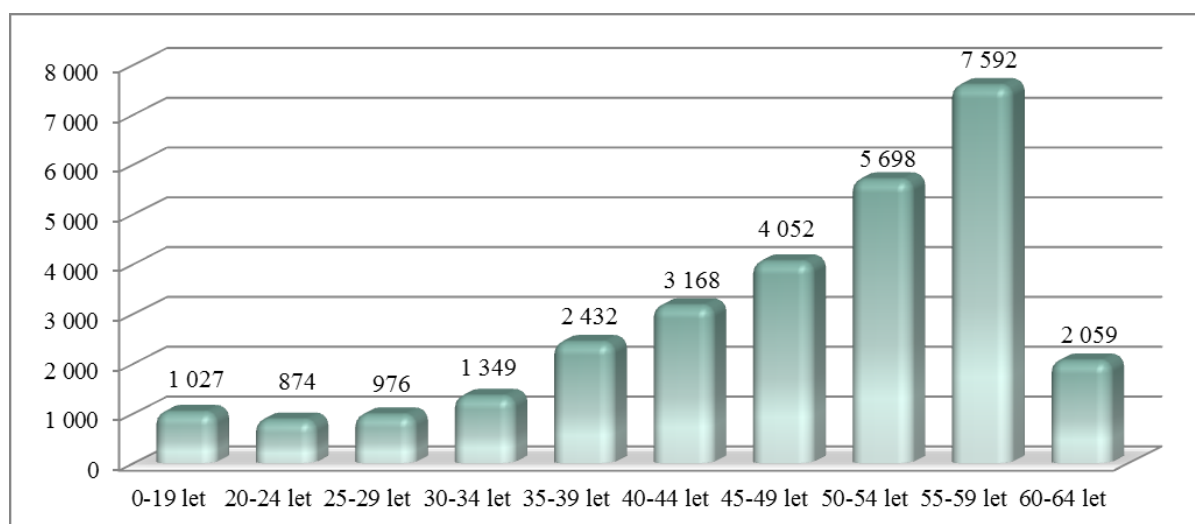
Tab. 3.4 Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku v letech 2012-2016

Rok	Věková kategorie									
	0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	1 192	949	1 064	1 524	2 499	2 891	4 079	5 664	7 411	1 342
2013	1 090	890	996	1 342	2 408	2 817	3 935	5 265	7 345	1 768
2014	929	878	945	1 372	2 481	3 234	4 111	5 618	7 719	2 075
2015	976	836	929	1 276	2 460	3 386	3 958	5 975	7 943	2 432
2016	949	816	947	1 232	2 314	3 512	4 178	5 970	7 543	2 679
CELKEM	5 136	4 369	4 881	6 746	12 162	15 840	20 261	28 492	37 961	10 296

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Z hlediska průměrných hodnot lze z Obr. 3.3 vyznat, zejména rostoucí tendenci přiznávaných důchodů s přibývajícím věkem invalidizované osoby. Výjimku tvoří kategorie 60-64 let, jejíž průměr dosahuje ve sledovaném období hodnoty 2 059 nově přiznaných ID, tento pokles je způsoben zejména odchodem do předčasného starobního důchodu a to zejména u žen, viz Příloha č. 1.

Obr. 3.3 Průměrný počet nově přiznaných ID dle věkové kategorie v letech 2012-2016



Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Z Přílohy č. 1 vyplývá, že z genderového hlediska převládá u počtu nově přiznávaných ID u mužů i žen v celém sledovaném období kategorie věku 55-59 let, u mužů průměrně 4 347 přiznaných ID. U žen je v této kategorii průměrně hodnota o 26 % nižší oproti mužům. Druhou nejčetnější kategorií tvoří u obou pohlaví věková kategorie 50-54 let. Disparity lze zaznamenat u třetí nejvyšší kategorie, u mužů se jedná o skupinu 60-64 let s průměrnou výší přiznaných ID 1 956. U žen je třetí nejvyšší počet u kategorie 45-49 let. Naopak nejnižší počet v celém komparovaném období ID byl u žen přiznaný v kategorii 60 až 64 let, u mužů 20 až 24 let.

Tab. 3.5 Průměrný počet nově přiznaných ID dle věku a druhu ID v letech 2012-2016

Druh ID	Věková kategorie									
	0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
1. stupně	215	436	504	736	1 352	1 783	2 265	3 109	3 718	768
2. stupně	116	148	146	197	362	469	628	929	1 352	379
3. stupně	696	289	326	417	719	916	1 160	1 660	2 523	912

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

V kontextu druhu nově přiznávaných ID lze z Tabulky 3.5 zaznamenat, že ve sledovaném období byl průměrně nejvyšší počet ID přiznáván u kategorie 55-59 let a to shodně u všech třech druhů ID. Nejvyšší počet přiznaných ID byl zaznamenán v roce 2015 u ID 1. stupně v kategorii 55-59 let v počtu 4 048, viz Příloha č. 2. U skupiny 0-19 let byl nejnižší průměrný počet u ID 1. a 2. stupně, ID 3. stupně byl nejméně přiznáván ve věku 20-24 let.

3.1.5 Zdravotní příčiny invalidizace

V tomto segmentu budou analyzována data z hlediska zdravotních příčin vzniku invalidizace. Vycházeno zde bude zejména dle skupin diagnóz determinované v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních příčin (dále jen MKN) používaný jako standard celosvětově. Tato publikace kodifikuje systém označování a klasifikace poruch, onemocnění, zdravotních problémů a příznaků či okolností. Byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací⁸ (ÚZIS [online], 2017). Pro účely této práce budou jednotlivé segmenty diagnóz transformovány do 15 skupin, jejichž výčet je uveden v Tabulce 3.6, úplný souhrn dle MKN je uveden v Příloze č. 3.

Tab. 3.6 Vývoj nově přiznaných ID z hlediska zdravotních příčin v letech 2012-2016

Skupina diagnóz	Specifikace	Rok					Celkem
		2012	2013	2014	2015	2016	
1	Některé infekční a parazitární nemoci	123	139	122	97	112	593
2	Novotvary (nádorové onemocnění)	4 472	4 504	4 693	4 639	4 671	22 979
3	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	100	98	82	93	112	485
4	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	1 136	1 121	1 200	1 150	1 141	5 748
5	Poruchy duševní a poruchy chování	5 272	5 077	5 264	5 264	5 161	26 038
6	Nemoci nervové soustavy	2 053	1 855	1 963	1 953	1 945	9 769
7	Smyslové nemoci (oka, ucha a bradavkového výběžku)	617	547	558	540	532	2 794
8	Nemoci oběhové soustavy	3 323	3 301	3 270	3 445	3 165	16 504
9	Nemoci dýchací soustavy	578	568	657	547	633	2 983
10	Nemoci trávicí soustavy	998	940	1 016	955	1 007	4 916
11	Nemoci močové a pohlavní soustavy	380	322	343	293	362	1 700
12	Nemoci kůže a podkožního vaziva	261	361	300	306	292	1 520
13	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	7 573	7 425	8 297	9 385	9 553	42 233
14	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	1 186	1 133	1 150	1 080	1 022	5 571
15	Ostatní nemoci	543	465	447	424	432	2 311

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Z Tabulky 3.6 plyne, že nejčastější příčinou invalidizace ve všech sledovaných letech jsou nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jejíž výše v roce 2016 činila 9 553 nově

⁸ Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) je mezinárodní organizace, jejíž hlavní činností je vypracování zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států.

přiznaných ID, což je 26% nárůst oproti roku 2012. Celkově v komparovaném období sk. 13 participuje 29 %. Druhou nejčtenější příčinou jsou poruchy duševní a poruchy chování, jež ve sledovaných letech dosahovaly počtu v rozmezí 5 077 až 5 272, třetí příčku zaujímají novotvary s průměrnou výší počtu 4 596 nově přiznaných ID. Nejméně bylo přiznááno ID u diagnóz sk. 3 a 2, jejíž hodnota v průběhu sledovaného období nepřesáhla 1 % všech přiznávaných ID.

V kontextu zdravotních příčin a pohlaví je z Přílohy č. 4 patrné, že sk. 13 je nejčastější příčinou invalidizace u obou pohlaví. Největší genderové rozdíly lze pozorovat u nemocí oběhové soustavy, která je u mužů přibližně 3krát častější příčinou invalidizace než je tomu u žen v celém sledovaném období. Naopak u žen je téměř o třetinu častější přiznání ID z důvodu duševních poruch a poruch chování než je tomu u mužské populace.

Při komparaci zdravotních příčin a druhu ID z Přílohy č. 5 vyplývá, že u ID 1. stupně byla nejčastější příčinou vzniku ID sk. 13, jejíž průměr ve sledovaných letech činí 6 016, kdy od roku 2013 dochází k rostoucí tendenci. U ID 2. stupně byla shodně skupina 13. nejčtenějším původem vzniku ID. ID 3. stupně byl nejvíce přiznáván při zjištění nádorových onemocnění v celém sledovaném období, v roce 2016 participoval 37 % ze všech zdravotních příčin. Duševní poruchy a poruchy chování byly druhou nejpočetnější příčinou ID 3. stupně s průměrnou výší 1 665 přiznaných ID, počet těchto ID se každoročně snižuje, snížení v roce 2016 je 13% oproti roku 2012 (ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016 [online], 2017).

3.2 Vývoj invalidity ve Slovenské republice v letech 2012 až 2016

Invalidní důchod patří mezi dávky sociálního pojištění a je determinován zákonem č. 461/2003 Z. z. Účelem dávky je zajistit pojištěnci příjem, v případě poklesu schopnosti výdělečné činnosti v konsekvenci DNZS. Kardinální podmínkou pro přiznání dávky invalidního důchodu je uznání invalidity, tzv. **invalidizace** a to shodně u obou komparovaných zemích. Tato podmínka neznačí automaticky přiznání invalidního důchodu, kromě invalidizace je nutná koexistence splnění i jiných aspektů.

3.2.1 Determinace nároku a výše invalidního důchodu

Na invalidní důchod má nárok pojištěnec, který splňuje následující kritéria:

- je invalidní,
- získal potřebnou dobu důchodového pojištění,

- ke dni vzniku invalidity nesplnil podmínky nároku na starobní důchod nebo mu nebyl přiznán předčasný starobní důchod.

Výjimku tvoří případ, kdy se stal pojištěnec invalidním *v důsledku pracovního úrazu nebo choroby z povolání* nebo který se stal invalidním *v období, kdy je nezaopatřeným dítětem*. V těchto případech nemusí být splněna podmínka potřebné doby důchodového pojištění. Zvláštním případem je také tzv. *invalidní důchod z mládí*, na který má dle podmínek stanovených zákonem nárok i osoba, která se stala invalidní před dovršením věku, v kterém se končí povinná školní docházka, případně v období, kdy je nezaopatřeným dítětem. Nárok vzniká nejdříve dovršením 18 let věku (SP, Invalidní důchodok [online], 2017).

Všechny dávky v segmentu důchodového pojištění jsou v kompetenci Sociální pojišťovny. O invalidizaci, tedy o tom, zda je příslušná osoba invalidní, rozhoduje posudkový lékař v rámci *lékařské posudkové činnosti* (dále také LPČ) pobočky Sociální pojišťovny. V případě odvolání posuzuje zdravotní stav také posudkový lékař sociálního pojištění vykonávající LPČ sociální pojišťovny ústředí. Při zjišťování **invalidity** je posuzován dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost dle zákona o sociálním pojištění. Dle § 71 ods. 1 zák. č. 461/2003 Z. z. je pojištěnec invalidní, pokud pro DNZS má pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost **o více než 40 %** v komparaci se zdravou fyzickou osobou. Pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost se posuzuje komparací smyslové, duševní a tělesné schopnosti pojištěnce s DNZS a smyslové, duševní a tělesné schopnosti zdravé osoby. Míra tohoto poklesu je determinována v příloze č. 4 zákona č. 461/2003 Z. z. a je vymezena dle druhu zdravotního postižení, jež je rozhodující příčinou DNZS se zřetelem na závažnost ostatních zdravotních postižení. Jednotlivé procentní míry nelze sčítat. Stanovenou míru poklesu lze navýšit nejvíce o 10 %, pokud závažnost ostatních zdravotních postižení významně ovlivňuje pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost. Při determinaci zvýšení hodnoty se vychází z předcházejícího výkonu výdělečné činnosti, zkušeností, vzdělání či schopnosti rekvalifikace. Občan má právo, i v případě pobírání invalidního důchodu, vykonávat výdělečnou činnost, jejíž participace není restringována (zákon č. 461/2003 Z. z.). Oproti ČR, kde je rozlišena invalidita na 3 stupně, je v SR diverzifikován invalidní důchod s mírou poklesu pracovní schopnosti od 40 % do 70 % a nad 70 %.

Potřebná doba důchodového pojištění nutná pro vznik invalidního důchodu je ve výši:

- *méně než jednoho roku* u pojištěnce do 20 let věku,

- *nejméně jednoho roku* u pojištěnce ve věku nad 20 let do 24 let věku,
- *nejméně dvou let* u pojištěnce ve věku nad 24 let do 28 let věku,
- *nejméně pěti let* u pojištěnce ve věku nad 28 let do 34 let věku,
- *nejméně osmi let* u pojištěnce ve věku nad 34 let do 40 let věku,
- *nejméně deseti let* u pojištěnce ve věku nad 40 let do 45 let věku,
- *nejméně patnácti let* u pojištěnce ve věku nad 45 let věku.

Počet let se zjišťuje z celého období před vznikem invalidity, bez ohledu jakého věku dosáhl pojištěnec ke dni vzniku invalidity. Období důchodového pojištění zahrnuje období, kdy zaměstnavatel, občan sám, příp. jiný subjekt platil do Sociální pojišťovny důchodové odvody. Žádost o přiznání invalidního důchodu je vyřizována na pobočkách Sociální pojišťovny dle příslušného místa trvalého pobytu žadatele (SP, Invalidní důchodok [online], 2017).

U pojištěnce, jehož schopnost výdělečné činnosti poklesla o více než 70 %, je **výše invalidního důchodu** určena jako násobek tří veličin, a to:

- *průměrného osobního mzdového bodu* (dále také POMB) – jedná se o podíl součtu osobních mzdových bodů (tzn. podílu osobního vyměřovacího základu a všeobecného vyměřovacího základu za daný rok) vypočítaných za jednotlivé kalendářní roky rozhodujícího období a počtem let období důchodového pojištění,
- *součtu období důchodového pojištění* (dále také ODP) (zákon č. 461/2003 Z. z.),
- *aktuální důchodové hodnoty* (dále také ADH), která v roce 2017 dosahovala hodnoty 11,3505 € (EUR).

Výše invalidního důchodu u pojištěnce, kterému schopnost vykonávat výdělečnou činnost poklesla o více než 40 %, ale nejvíc 70% se určí násobkem POMB, ODP, ADH a procentní mírou poklesu.

Pokud invalidita vznikla v konsekvenci stavu, který si *pojištěnec zapříčinil sám pozitivním alkoholem či jiných návykových látek*, tak se výpočet provádí shodným způsobem, jedinou disparitou je výše konečné sumy, která se vydělí hodnotou 2.

U pojištěnce do věku 20 let, který nezískal žádnou dobu důchodového pojištění, ale byl dobrovolně důchodově pojištěn méně než 1 rok příp. si pojistné kratší 1 roku, zaplatil dodatečně, se výpočet determinuje totožně, pouze hodnota POMB je daná pevně a to hodnotou 0,67.

Invalidní důchod je vyplácen pouze po dobu trvání invalidity občana, v případě že se občan stane starobním důchodcem a začne pobírat starobní důchod, nárok na tuto dávku zaniká. **Souběh** pozůstalostního důchodu s invalidním důchodem je možný, v plné výši je vyplácen vyšší důchod, druhý je krácen $\frac{1}{2}$, shodně s podmínkami v ČR (SP, Invalidný dôchodok [online], 2017).

3.2.2 Celkový vývoj invalidních důchodů

V Tabulce 3.7 je znázorněn vývoj žádostí o ID, nejvyšší zastoupení má ID do 70 %, průměrně tento ID participoval 70 % v průběhu celého komparovaného období. Celkový počet ID byl nejčtenější v roce 2012 ve výši 22 683 nově přiznaných ID, nejnižší počet byl zaznamenán v roce 2015 ve výši 19 239. Proporcionalita obou segmentů ID je bez výrazných disparit v průběhu sledovaného období.

Tab. 3.7 Vývoj nově přiznaných a zamítnutých žádostí o ID v letech 2012-2016

Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	celkem	v %	celkem	v %	celkem	v %	celkem	v %	celkem	v %
ID do 70 %	16 006	70,6	13 483	68,2	15 025	68,2	13 464	70,0	14 926	70,7
ID nad 70 %	6 677	29,4	6 286	31,8	7 021	31,8	5 775	30,0	6 197	29,3
Zamítnuté žádosti o ID	5 892		5 904		6 304		5 916		6 399	
Celkem nově přiznaných	22 683		19 769		22 046		19 239		21 123	

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Obdobně jako u ČR i u SR lze v komparovaném období pozorovat nárůst počtu zamítnutých ID s výjimkou roku 2015, kdy došlo k poklesu o 388 oproti roku 2014 na celkovou hodnotu 5 916. V roce 2016 se objem zamítnutých žádostí zvýšil o 507 oproti roku 2012 na celkovou hodnotu 6 399, jedná se o 9 % nárůst. V celém průběhu sledovaných let participovaly zamítnuté žádosti průměrně jednou třetinou na objemu všech žádostí o invalidní důchod.

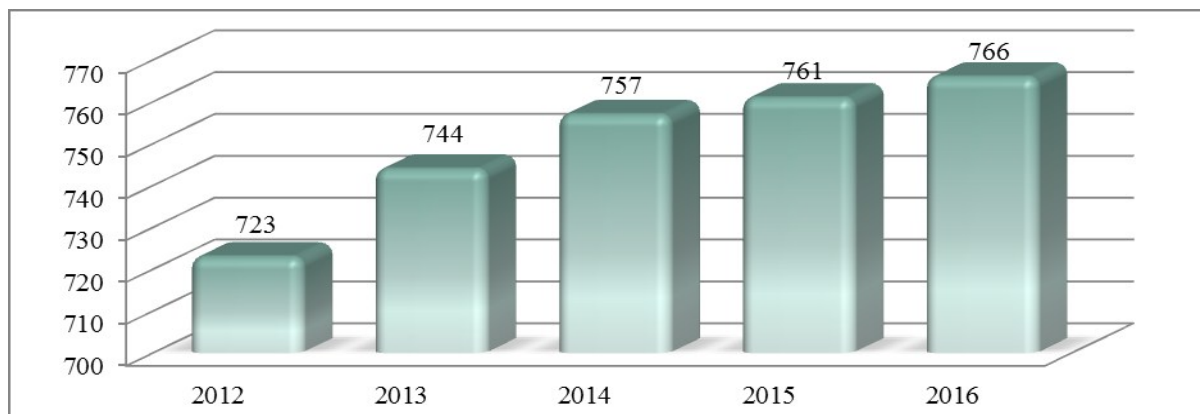
Tab. 3.8 Vývoj celkového počtu vyplácených ID v letech 2012-2016

Typ ID	Rok				
	2012	2013	2014	2015	2016
ID do 70 %	113 382	120 495	126 021	130 784	135 148
ID nad 70 %	122 219	120 142	117 728	115 348	113 012
Celkem ID	235 601	240 637	243 749	246 132	248 160

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Z Tabulky 3.8 lze zaznamenat rostoucí tendenci vývoje celkového počtu všech druhů vyplácených ID v komparovaném období. U ID do 70 % lze spatřit rostoucí trend, oproti těmto důchodům je u ID nad 70 % tento vztah inverzní, mající klesající charakter. V roce 2016 došlo k 8 % snížení celkového počtu ID nad 70 % oproti roku 2012.

Obr. 3.4 Vývoj výdajů na ID v letech 2012-2016 v mil. €



Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Celkové výdaje na ID ve sledovaném období dosahovaly hodnoty v rozmezí 723 až 766 mil. €, jak je patrné z Obr. 3.4. Nejvyšší výdaje byly vynaloženy v roce 2016, meziročně dochází ke zvyšování celkových výdajů průměrně o cca 11 mil. €. Nejvyšší meziroční růst je zaznamenán v roce 2013, kdy oproti roku 2012 došlo k 3 % zvýšení.

Nutné je také akcentovat náročnost na finanční zdroje mandatorních výdajů v kontextu s výplatou dávek invalidních důchodů v rámci systému důchodového pojištění. Celkové výdaje státního rozpočtu Slovenské republiky v roce 2016 dosahovaly hodnoty 15 256 mil. €. Z toho výdaje kapitoly Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny participovaly 14 %. Celková výše čerpaných výdajů kapitoly MPSVaR v roce 2016 činila 2 164 mil. €. Výdaje, které byly v roce 2016 vynaloženy na výplatu invalidních důchodů se podílí na celkové struktuře výdajů kapitoly MPSVaR 35 % (Rozpočet SR [online], 2017).

3.2.3 Genderová diferenciacie invalidních důchodů

Z Tabulky 3.9 plyne, že nejvíce zastoupeným druhem ID u obou pohlaví jsou ID do 70 %, průměrný počet nově přiznaných ID do 70 % u žen činil 7 376 a u mužů 7 204 v celém sledovaném období. V roce 2012 u ID do 70 % převažoval počet přiznávaných ID u mužů o 608 oproti ženám. Od roku 2013 až do konce sledovaného období převládá u tohoto segmentu ID počet přiznávaných dávek u žen, největší disparity jsou zaznamenány v roce 2014.

Rozdíl u ID nad 70 % je u mužů průměrně o 1 210 vyšší než průměrný počet ID u žen v celém období, nejvyšší rozdíl je v roce 2014, nejnižší v roce 2016.

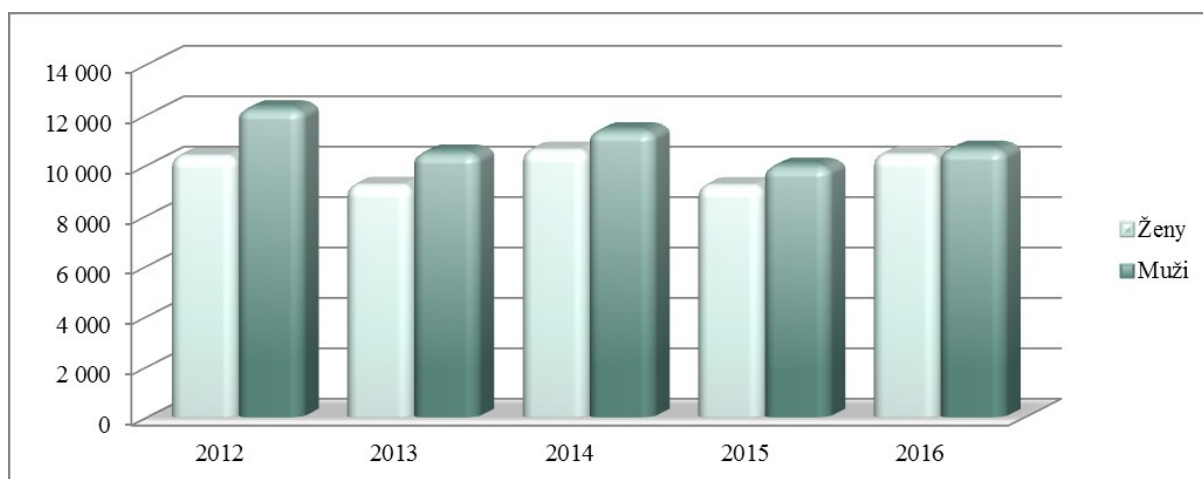
Tab. 3.9 Vývoj počtu nově přiznaných ID dle druhu ID a genderu v letech 2012-2016

Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži
ID do 70 %	7 699	8 307	6 751	6 732	7 815	7 210	6 870	6 594	7 747	7 179
ID nad 70 %	2 675	4 002	2 468	3 818	2 795	4 226	2 337	3 438	2 678	3 519
Celkem ID	10 374	12 309	9 219	10 550	10 610	11 436	9 207	10 032	10 425	10 698

Zdroj: Sociální poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Z pohledu celkového počtu přiznaných ID je z Obr. 3.5 patrné, že v průběhu komparovaného období dochází ke snižování disparit mezi ženami a muži. Největší genderové rozdíly jsou zaznamenány v roce 2012, kdy muži převažují o 19 % oproti ženám. Nejmenší rozdíl je spatřován v roce 2016, kdy genderové disparity jsou o 16 procentních bodů nižší než v roce 2012, ID přiznávané mužské populaci jsou vyšší pouze o 273 nově přiznaných žádostí oproti ženské populaci v roce 2016.

Obr. 3.5 Vývoj počtu nově přiznaných ID dle genderu v letech 2012-2016



Zdroj: Sociální poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

3.2.4 Enumerace invalidních důchodů dle věku

Z pohledu věkové diferenciaci jsou data dislokována shodně jako u ČR do pětiletých kategorií. Z Tabulky 3.10 názorně vyplývá, že obdobně jako u ČR je v průběhu všech sledovaných let nejpočetnější kategorií, které je přiznáván ID ve věku 55-59 let. Průměrný počet přiznávaných ID v této skupině dosahuje výše 5 957, nejvyšší počet byl zaznamenán v roce 2014, nejnižší v roce 2013. Druhou nepočetnější skupinou jsou osoby nově invalidizované ve věku 50-54 let, které v roce 2016 participovaly 23 % k celkovému počtu přiznávaných ID. Nejméně je přiznáváných ID ve věkové kategorii 20-24 let, každoročně bylo průměrně těchto důchodů přiznáváno 480.

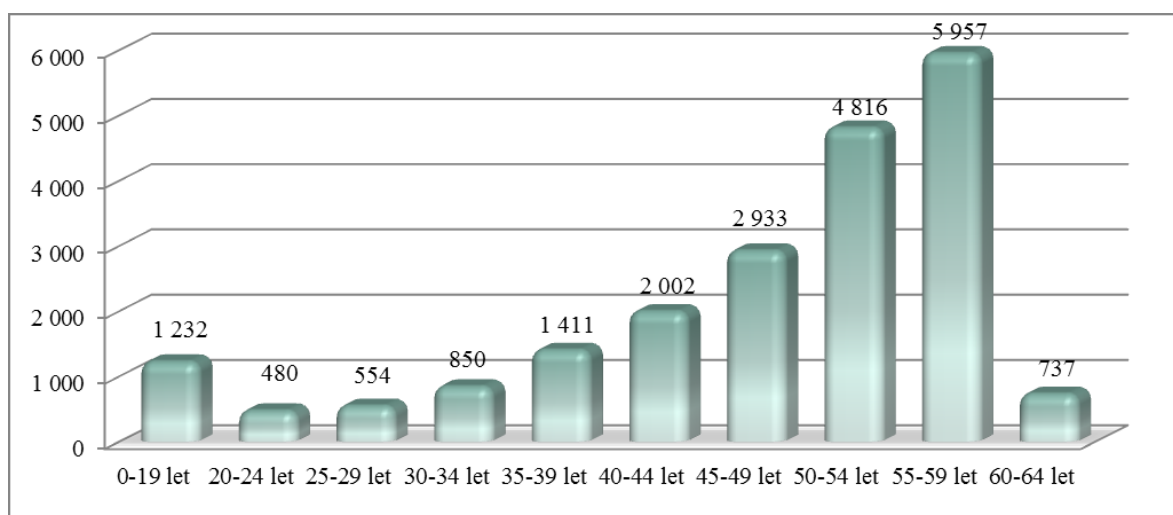
Tab. 3.10 Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku v letech 2012-2016

Rok	Věková kategorie									
	0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	1 384	435	597	978	1 613	2 074	3 474	5 573	6 071	484
2013	1 233	381	523	838	1 391	1 789	2 903	4 634	5 534	543
2014	1 390	476	572	939	1 489	2 169	3 108	5 053	6 258	592
2015	824	635	549	734	1 200	1 852	2 378	4 039	5 770	1 258
2016	1 327	475	527	762	1 360	2 126	2 801	4 782	6 153	810
CELKEM	6 158	2 402	2 768	4 251	7 053	10 010	14 664	24 081	29 786	3 687

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Obr. 3.6 znázorňuje průměrné počty přiznávaných ID diferencovaných dle věku, je patrné, že od věku 20 let invalidizovaných osob dochází k rostoucí tendenci počtu přiznávaných ID v souvislosti se zvyšujícím se věkem, mimo věkovou kategorii 60-64 let, tento propad je způsoben zejména transformací ID do důchodů starobních. ID jsou nejméně nově přiznávány osobám ve věku 20-29 let a 60-64 let.

Obr. 3.6 Průměrný počet nově přiznaných ID dle věkové kategorie v letech 2012-2016



Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Z Přílohy č. 6 vyplývá, že při srovnání pohlaví jsou muži nově invalidizováni nejčastěji ve věku 55-59 let ve všech sledovaných letech. Ženy byly v roce 2012 a 2013 nejčastěji invalidizovány ve věku 50-54 let, od roku 2014 je nejvíce invalidizována věková kategorie žen 55-59 let. Ženy jsou nejméně invalidizovány ve věku 60-64 let, muži ve věku 20-24 let, výjimku tvoří rok 2015, kdy bylo mužům přiznáno nejméně ID ve věku 25-29 let. Největší genderové rozdíly lze spatřit ve věkové skupině 60-64 v roce 2012, kdy byl nově přiznán ID 68krát častěji mužům než ženám, tento trend se každý rok snižuje, v roce 2016 je ID přiznán již jen 4krát častěji.

Tab. 3.11 Průměrný počet nově přiznaných ID dle věku a druhu ID v letech 2012-2016

Druh ID	Věková kategorie									
	0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
do 70 %	588	346	415	650	1 069	1 511	2 147	3 461	4 031	362
nad 70 %	644	135	139	200	341	491	786	1 355	1 926	375

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Z Tabulky 3.11 vyplývá, že u ID do 70 % byly nejčastěji přiznávány ID v kategorii 55-59 let s průměrnou hodnotou 4 031 přiznáváných ID ročně. U ID nad 70 % v téže věkové kategorii byla průměrná výše přiznáváných ID 1 926. Nejnížší průměrné počty nově přiznaných ID byly u ID nad 70 % zastoupeny ve věkové skupině 20-24 let a 25-29 let, u ID do 70 % se jednalo o věkovou kategorii 20-24 let a 60-64 let. Průměrná výše přiznáváných ID byla pouze ve věkové kategorii 0-19 let a 60-64 let u ID nad 70 % vyšší než u ID do 70 %, v ostatních věkových skupinách převládaly ID do 70%. Z přílohy č. 7 je dále patrné, že absolutně nejvyšší počet ID s hodnotou 4 268 byl přiznán v roce 2016 invalidizovaným osobám ve věku 55-59 let, naopak nejméně ID bylo přiznáno v roce 2014 u ID nad 70 % v kategorii 20 až 24 let ve výši 111. Oproti jiným kategoriím, lze u věkové kategorie 25-29 let a 30-34 let pozorovat každoroční klesající tendenci v průběhu celého komparovaného období v počtech nově přiznáváných ID.

3.2.5 Zdravotní příčiny invalidizace

Nejčastější příčinou invalidizace, shodně jako tomu bylo v ČR, jsou v celém komparovaném období nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Průměrně je v této kategorii každoročně ID přiznáván 5 357 osobám, v roce 2016 participovala tato 13. skupina 25 % všech přiznáváných ID. Druhým nejčastějším důvodem invalidizace jsou poruchy duševní a poruchy chování v rozmezí počtu 3 308 až 3 858. Nádorové onemocnění jsou třetím nejčastějším důvodem invalidizace, průměrně bylo těchto ID přiznáno každoročně 3 194. Nejmenší počet ID byl přiznáván u skupiny 1, 4 a 11, jejíž hodnota se průměrně pohybovala pod 1 % celkově přiznáváných ID ve sledovaném období, viz Tabulka 3.12. Při srovnávání jednotlivých skupin v průběhu celého období lze nejvýznamnější nárůst pozorovat u sk. 15, kde lze spatřit v roce 2016 téměř čtyřnásobné zvýšení počtu přiznáváných ID oproti roku 2012. Tato skupina ostatních nemocí zahrnuje zejména vrozené vady, deformace, chromozomální abnormality a jiné stavy vzniklé v perinatálním období.

Tab. 3.12 Vývoj nově přiznaných ID z hlediska zdravotních příčin v letech 2012-2016

Skupina diagnóz	Specifikace	Rok					Celkem
		2012	2013	2014	2015	2016	
1	Některé infekční a parazitární nemoci	56	38	56	44	48	242
2	Novotvary (nádorové onemocnění)	3 260	2 945	3 439	2 986	3 339	15 969
3	Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	1 766	1 444	1 531	1 461	1 493	7 695
4	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	67	52	53	53	60	285
5	Poruchy duševní a poruchy chování	3 858	3 387	3 833	3 308	3 491	17 877
6	Nemoci nervové soustavy	1 276	1 144	1 228	1 084	1 132	5 864
7	Smyslové nemoci (oka, ucha a bradavkového výběžku)	871	732	863	725	708	3 899
8	Nemoci oběhové soustavy	3 049	2 661	2 772	2 269	2 555	13 306
9	Nemoci dýchací soustavy	770	625	731	623	655	3 404
10	Nemoci trávicí soustavy	587	479	519	465	503	2 553
11	Nemoci močové a pohlavní soustavy	227	209	206	181	193	1 016
12	Nemoci kůže a podkožního vaziva	225	190	238	200	209	1 062
13	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	5 741	5 105	5 754	4 860	5 325	26 785
14	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	741	610	654	607	692	3 304
15	Ostatní nemoci	189	148	169	373	720	1 599

Zdroj: Sociální poisťovna, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Při srovnávání zdravotních příčin z genderového hlediska z Přílohy č. 8 vyplývá, že nejčastější příčinou invalidizace u obou pohlaví je skupina 13. Ženy jsou těmito diagnózami častěji invalidizovány než muži, v roce 2016 činil tento genderový rozdíl 34 %. Druhým nejčastějším důvodem invalidizace je u žen 5. skupina, průměrně je těchto důvodů každoročně ženám přiznáváno 1 872. U mužů je druhým nejpočetnějším důvodem invalidizace 8. skupina. Největší genderové disparity jsou zaznamenány u nemoci oběhové soustavy, shodně s údaji v ČR. Muži jsou v roce 2016 u této skupiny 3krát častěji invalidizováni než ženy.

Z pohledu komparace zdravotních příčin vzniku invalidizace a druhu ID je z Přílohy č. 9 patrné, že ID do 70 % jsou nejčastěji zastoupené u 13. skupiny, což je 12krát častější příčinou než u ID nad 70 %. Druhým nejzásadnějším důvodem přiznání ID do 70 % je 5. skupina, nejméně bylo těchto důvodů přiznáváno u infekčních a parazitárních chorobách. U ID nad 70 % je vznik zapříčiněn nejvíce novotvary, tato diagnóza v roce 2016 participovala 40 % ze všech nově přiznaných ID nad 70 %, nejvyšší počet byl zaznamenán v roce 2014 s hodnotou 2 630. Druhým nejčastějším důvodem invalidizace nad 70 % je 5. skupina s průměrnou výší 1 055 přiznaných ID za rok, třetí nejčetnější příčinou jsou nemoci obsažené ve 13. skupině (SP, interní dokumenty z let 2012-2016).

Výše uvedené vypracované analýzy z let 2012 až 2016 jsou nezbytným podkladem pro implementaci hlavního cíle diplomové práce a to komparace míry incidence invalidizace, která bude ústředním tématem následující kapitoly.

4 Komparace invalidních systémů vybraných zemí

V této kapitole je zahrnuta komparace invalidizace a invalidních důchodů v České republice a Slovenské republice, pro možnost mezinárodního srovnání je zvolen ukazatel míry incidence. Kapitola je diverzifikována na pět jednotlivých částí v analogické struktuře vycházející z předcházejícího segmentu.

4.1 Srovnání podmínek nároku na invalidní důchod

Česká republika i Slovenská republika se řadí mezi země s kontinentálním systémem práva. V obou zemích je legislativní vymezení dávky invalidního důchodu determinované zákonem. V ČR je tato důchodová dávka zastřešena zejména zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, ve SR se jedná zejména o zákon č. 461/2003 Z. z., o sociálnom poistení, ve znění pozdějších předpisů. V obou zemích shodně patří invalidní důchod mezi dávky sociálního pojištění v rámci sociálního zabezpečení dané země.

Kritéria pro splnění **nároku** na invalidní důchod se u pojištěnců v ČR a SR zásadním způsobem neliší. U obou zemí musí být obligatorně splněna podmínka invalidity, získání potřebné doby pojištění a zároveň nesplnění podmínky nároku na starobní důchod.

K výrazné disparitě u obou zemí dochází při diverzifikaci **invalidity** dle procentního poklesu pracovní schopnosti. V ČR i SR je základním předpokladem zjištění DNZS a na základě tohoto stavu určit míru poklesu pracovní schopnosti. ČR má kodifikovány tři stupně invalidity a invalidizována je již osoba od 35 % poklesu pracovní schopnosti. Ve SR jsou dva základní segmenty invalidity, kdy je pro stanovení invalidity nutný pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost o více než 40 %. Nejvyšší stupeň invalidity je shodně u obou států determinován hranicí 70 %, v ČR včetně 70 % a vyšší, ve SR nad 70 %.

Nárok na dávku se v obou zemích také podmiňuje získáním potřebné **doby pojištění**. Tato obligatorní podmínka nemusí být splněna v případě vzniku invalidity v konsekvenci pracovního úrazu, případně nemoci z povolání. Z Tab. 4.1 je patrné, že do věku 20 let pojištěnce je u obou zemí shodně povinná doba účasti menší jednoho roku. Do věku pojištěnce 28 let má SR požadavky na potřebnou dobu nižší, než je tomu u ČR. V ČR je maximální požadovaná doba účasti na důchodovém pojištění ve výši 10 let a to u všech pojištěnců nad 38 let věku. Oproti tomu je ve SR tato restrikce vyšší o 5 let u invalidizovaných osob starších 45 let.

Tab. 4.1 Komparace potřebné doby důchodového pojištění pro vznik invalidity v ČR a SR

Doba účasti důchodového pojištění	Věk pojištěnce	
	Česká republika	Slovenská republika
méně než 1 rok	do 20 let	do 20 let
1 rok	od 20 do 22 let	od 20 do 24 let
2 roky	od 22 do 24 let	od 24 do 28 let
3 roky	od 24 do 26 let	x
4 roky	od 26 do 28 let	x
pět let	nad 28 let	od 28 do 34 let
osm let	x	od 34 do 40 let
10 let	nad 38 let	od 40 do 45 let
15 let	x	nad 45 let

Zdroj: zákon č. 155/1995 Sb., SP, Invalidný dôchodok [online], 2017, vlastní zpracování

V ČR je **výše důchodu** determinována procentní a základní výměrou, ve SR je výše určena násobkem POMB, ODP a ADH. U obou zemí je výše ID odvozena zejména na uznaném stupni invalidity, příjmech dosahovaných před vznikem invalidity a době pojištění. Koexistence pozůstalostního důchodu a ID je možná u obou zemí za shodných podmínek a to vyplácení vyššího důchodu a poloviny procentní výměry z druhého důchodu. Taktéž je u obou zemí shodně možný souběh s příjmem z výdělečné činnosti bez omezení.

Při komparaci obou zemí z pohledu samotné důchodové dávky nejsou zjištěny výrazné diskrepance. Posuzování zdravotního stavu probíhá shodně u obou států v rámci orgánů státní správy příslušnými posudkovými lékaři. ČR do konce roku 2009 determinovala částečný (pokles pracovní schopnosti o 33% až 66%) a plný ID (pokles pracovní schopnosti nad 66%), které byly od roku 2010 transformovány na tři stupně invalidity, kdy je osoba invalidizována již od 35 % poklesu pracovní schopnosti. Oproti ČR musí u pojištěnce ve SR tento pokles pracovní schopnosti činit minimálně 40 %. Nejvyšší možný stupeň je u obou zemí determinován hranicí 70 %. Výše dávky je simplifikovaně odvislá od příjmů dosažených před invalidizací a od doby pojištění, do jisté míry lze zde zaznamenat princip zásluhovosti. Kardinálním důvodem existence této dávky je u obou zemí zejména substituovat příjem z výdělečné činnosti, který není možný z důvodu DNZS.

4.2 Komparace míry incidence invalidizace dle celkového vývoje

V následujících podkapitolách je provedena komparace a evaluace vybraných aspektů invalidizace a invalidních důchodů v ČR a SR. Pro adekvátní klasifikaci obou států je srovnání provedeno zejména prostřednictvím demografického ukazatele míry incidence a to nově vyskytnutých případů sledovaného jevu v rámci populace ve sledovaném období

(Kroupová, 2016). Tato *míra incidence invalidizace* je v této práci determinována jako poměr nově vzniklých výskytů případů – invalidizace osob s disabilitou (resp. nově přiznaných invalidních důchodů) vztažený k celkovému počtu osob ve sledované populaci a to vždy přepočtené na 100 tis. obyvatel dané země. Matematicky vyjadřuje daný stav rovnice (4.1).

(4.1)

$$\text{míra incidence} = \frac{\text{počet nově přiznaných ID}}{\text{celkový počet obyvatel}} \times 100\,000$$

Při determinaci ukazatele je vycházeno z průměrné hodnoty celkového počtu obyvatel v období let 2012-2016 a to ve výši 10 540 tis. obyvatel (ČSÚ [online], 2018) u ČR a v počtu 5 422 tis. obyvatel u SR (ŠÚSR [online], 2018).

Aby mohlo dojít k mezinárodní komparaci invalidizace, je nezbytné seskupit některé segmenty ID. Pro účely této práce je invalidní důchod dále diverzifikován na dva základní segmenty a to na invalidní důchod parciální a plný. V ČR parciální ID zahrnuje ID 1. stupně a 2. stupně, v SR se jedná o ID od 40 % do 70 % poklesu pracovní schopnosti. Plný ID u ČR značí ID 3. stupně a u SR invalidní důchody nad 70 % poklesu pracovní schopnosti.

Při komparaci incidence invalidizace je z tabulky 4.2 patrné, že míra incidence je v celém sledovaném období vyšší u SR než u ČR, průměrně u SR dosahuje roční výše 387 případů, což je průměrně o 39 % vyšší míra incidence invalidizace než u ČR. Ve SR je průměrná roční míra incidence u parciálních důchodů zaznamenána o 83 přiznaných ID vyšší než u ČR, u plných ID je průměrně vyšší o 27 ID než je v ČR. Oproti tomu má ČR v komparovaném období průměrně o 45 % více zamítnutých žádostí o ID na 100 tis. obyvatel než SR.

Tab. 4.2 Srovnání incidence invalidizace nově přiznaných žádostí o ID v letech 2012-2016 v ČR a SR

Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR
parciální	179	295	174	249	185	277	196	248	196	275
plný	92	123	91	116	94	129	90	107	90	114
Zamítnuté žádosti o ID	127	109	161	109	170	116	176	109	181	118
Celkem přiznaných ID	271	418	264	365	279	407	286	355	286	390

Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Pro objektivizaci srovnání počtu invalidních důchodů je v tabulce 4.3 uvedena míra prevalence invalidizace u obou komparovaných segmentů ID v ČR a SR. Jedná se o celkové počty vyplácených ID propočtené na 100 tis. obyvatel daného státu.

Tab. 4.3 Srovnání míry prevalence invalidizace celkového počtu vyplácených ID v letech 2012-2016 v ČR a SR

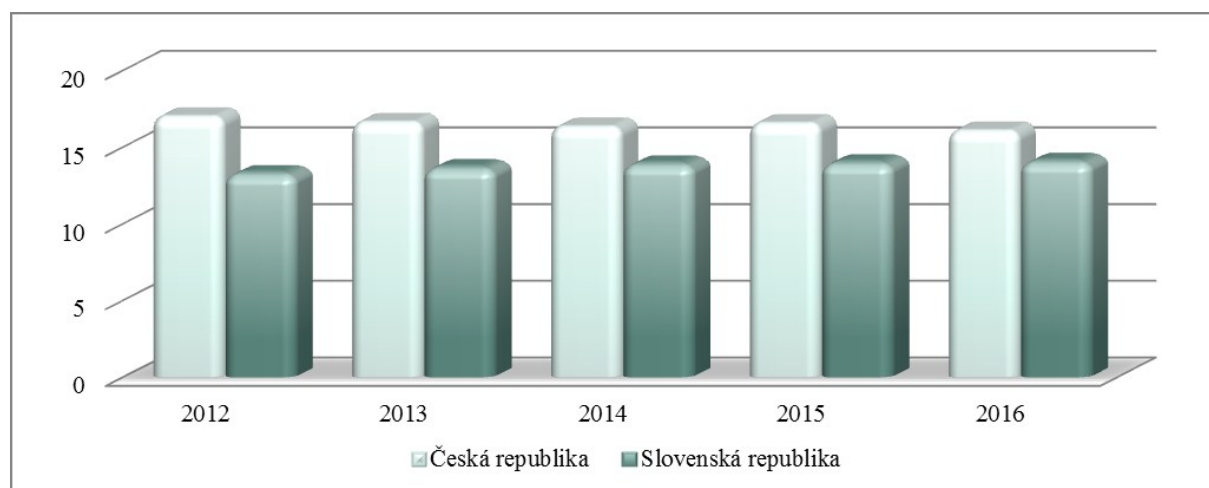
Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR
parciální	2 113	2 091	2 153	2 222	2 172	2 324	2 175	2 412	2 229	2 493
plný	2 048	2 254	1 959	2 216	1 892	2 171	1 826	2 127	1 811	2 084
Celkem přiznaných ID	4 160	4 345	4 112	4 438	4 064	4 496	4 001	4 540	4 040	4 577

Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky analogicky vyplývá, že i míra prevalence je u SR vyšší než u ČR. Největší diference lze spatřit u míry prevalence plných ID, jež jsou každoročně průměrně o 264 ID na 100 tis. obyvatel četnější ve SR, než je tomu u ČR. Jediná disparita, kdy je míra prevalence vyšší v ČR je zaznamenána v roce 2012 u parciálních ID, kdy prevalence incidence ČR převyšuje o 22 ID oproti SR.

Celkové výdaje na ID v komparovaném období v ČR oscilovaly kolem hodnoty 16,5 mil. €⁹ v přepočtu na 100 tis. obyvatel, u SR tato hodnota dosahovala průměrné výše 14 mil. € v přepočtu na 100 tis. obyvatel, jež je znázorněno v Obr. 4.1. I přesto, že ID ve SR je evidováno více než v ČR, jsou vynaložené výdaje nižší, tento jev je zapříčiněn zejména odlišným způsobem výpočtu dávky a nižší průměrnou výší ID v SR než je tomu v ČR.

Obr. 4.1 Celkové výdaje na ID v letech 2012-2016 v ČR a SR na 100 tis. obyvatel (v mil. €)



Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

⁹ Údaje CZK jsou převáděny dle kurzu EUR České národní banky ke dni 12. 2. 2018 (1 EUR = 25,355 CZK)

Jako potencionálně rizikový jev lze od roku 2013 pozorovat při nárůstu míry incidence invalidizace u parciálních ID v ČR, kdy lze v širší konsekvenci predikovat, že se zvyšujícím se věkem invalidizované osoby bude docházet k progresi zdravotního stavu a zvyšování stupně invalidizace. Také zvyšující se tendence počtu zamítnutých žádostí u ČR lze evaluovat negativně, vzhledem k eventualitě dalšího potencionálního nárůstu ID. Tento trend u SR ve sledovaném období zaznamenán nebyl.

Z výše uvedené explikace dále vyplývá, že míra incidence invalidizace u nově přiznaných ID je ve všech sledovaných letech u SR vyšší než je tomu u ČR. Míra incidence invalidizace dosahuje v celém období nižších hodnot než je tomu u SR. Tato skutečnost byla zaznamenána i přesto, že v segmentu parciálních ID jsou v případě ČR zahrnuty ID již od 35% poklesu schopnosti výdělečné činnosti, zatímco u SR jsou evidovány ID od 40% poklesu schopnosti výdělečné činnosti.

4.3 Míra incidence invalidizace z hlediska genderové diverzifikace

Při segregaci míry incidence invalidizace z genderového hlediska z tabulky 4.4 plyne, že v celém komparovaném období je shodně u obou států míra incidence invalidizace u mužů v přepočtu na 100 tis. obyvatel vyšší než u žen. Míra incidence invalidizace je u mužské populace v ČR v průměrné roční výši 143 případů, což je o 29 % méně, než je tomu u SR. Incidence invalidizace u žen byla v ČR zaznamenána v průměrné roční výši 134 případů, což je o 73 výskytu případů méně než ve SR v celém sledovaném období.

Tab. 4.4 Incidence invalidizace z genderového hlediska v letech 2012-2016 v ČR a SR

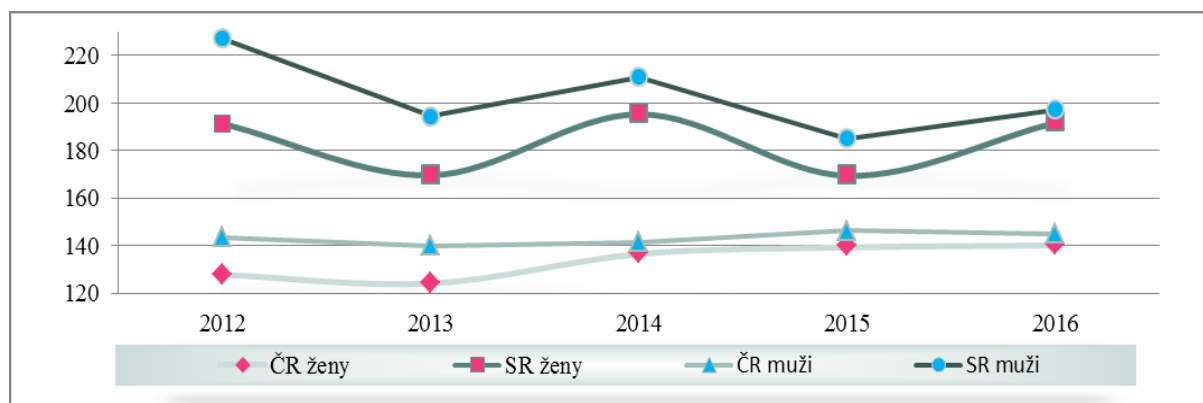
Pohlaví	Druh ID	Rok 2012		Rok 2013		Rok 2014		Rok 2015		Rok 2016	
		ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR	ČR	SR
ženy	parciální	90	142	87	125	96	144	102	127	101	143
	plný	38	49	38	46	41	52	38	43	39	49
	Celkem	128	191	124	170	137	196	140	170	141	192
muži	parciální	89	153	87	124	89	133	94	122	95	132
	plný	54	74	53	70	53	78	53	63	50	65
	Celkem	144	227	140	195	141	211	146	185	145	197

Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Nejmenší disparity u žen jsou u obou zemí zaznamenány v roce 2015, kdy byla míra incidence invalidizace vyšší o 5 případů ve SR, naopak největší rozdíl se vyskytoval v roce 2012, kdy tato míra byla o 65 výskytů nižší v ČR než v SR. Při zhodnocení incidence ID mužů je zjištěno, že v celém průběhu sledovaného období je tato míra vyšší ve SR, nejbližší byla ČR ke SR v roce 2016, kdy tento rozdíl činil 12 případů, jak je simplifikovaně patrné

z Obr. 4.2. Při evaluaci míry incidence dle pohlaví je shledáno, že SR dosahovala ve všech sledovaných letech vyšších hodnot oproti ČR, a to jak u mužů, tak u žen. U ČR lze spatřit nižší míru oscilace incidence invalidizace mezi pohlavím oproti SR.

Obr. 4.2 Diferenciace míry incidence invalidizace dle pohlaví v letech 2012-2016 v ČR a SR



Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

V obou státech je míra incidence zjištěna vyšší u mužské populace než u ženské populace. Z pohledu širších sociálních konsekvencí je obecně známo, že muži odpracují zpravidla vyšší počet let oproti ženám, z důvodu mateřské a rodičovské dovolené. Dále mají muži také vyšší věk odchodu do starobního důchodu a častěji vykonávají fyzicky namáhavé nebo rizikové práce, tyto faktory mohou mít také potencionální vliv na zjištěný stav. Jistá participace reciprocity je zaznamenána při zjištění shodné vyšší míry incidence invalidizace u mužů než u žen u obou států v celém průběhu sledovaného období.

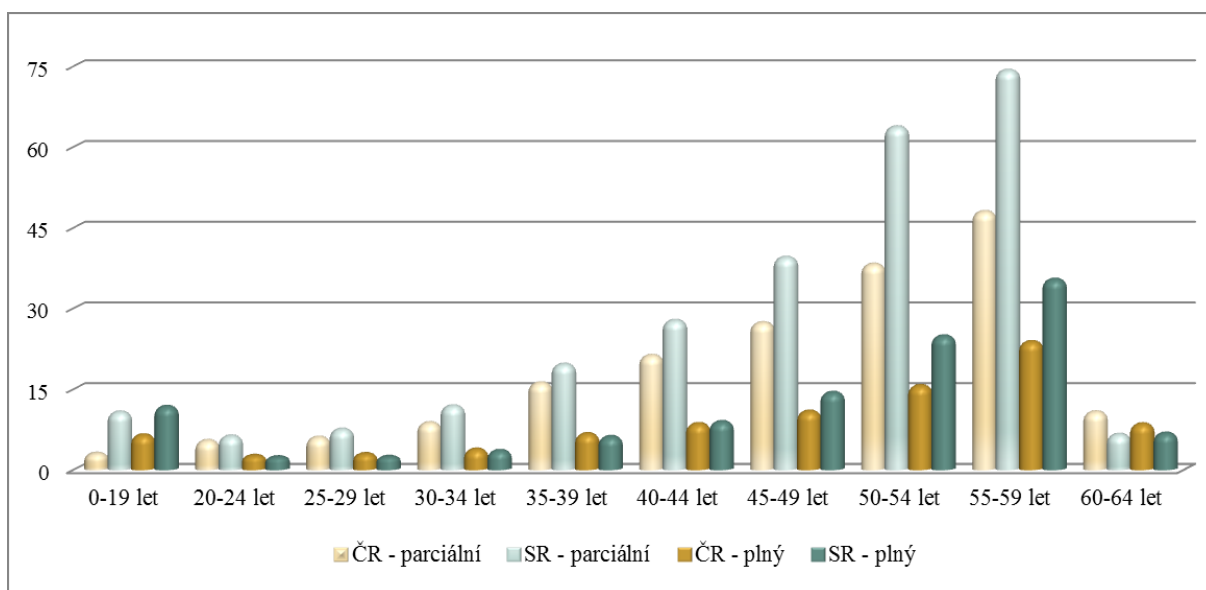
4.4 Míra incidence invalidizace v kontextu věkového rozložení

V kontextu věkového rozložení míry invalidizace z přílohy č. 10 plyne, že nejvyšší míra incidence je zaznamenána ve věkové kategorii 55-59 let a to shodně u mužů i žen v obou komparovaných státech v přepočtu na 100 tis. obyvatel. Průměrná roční míra incidence u žen v této věkové skupině dosahuje v ČR hodnoty 31 což je o 34 % méně než ve SR. Průměr u mužů v téže kategorii činí v ČR 41 případů, ve SR je tato míra vyšší o 22 případů. Druhou nejčetnější kategorií je věková skupina 50-54 let opět shodně zaznamenána v obou zemích. V ČR je nejvyšší výskyt této věkové skupiny zaregistrován v roce 2015 a 2016 s totožnou mírou incidence invalidizace ve výši 57 případů. SR vykázala nejvyšší míru incidence ID v téže věkové kategorii v roce 2012 v hodnotě 103.

Nejnižší četnost incidence invalidizace je shodně zjištěna ve věkové kategorii 20-24 let u ČR i SR, jejichž průměr se pohyboval v rozmezí 3-7 výskytů v průběhu celého období. V obou zemích lze zaznamenat vyšší míru incidence ID u žen ve věku 30-54 let než je tomu u mužů. Naopak v celém období je dosažena vyšší míra incidence invalidizace u mužské populace v kategoriích 0-19 let a nad 55 let, tento trend je zachycen v ČR i SR. Téměř ve všech věkových kategoriích dosahuje ve SR míra incidence vyšších hodnot, diskrepance je zjištěna pouze u skupiny nad 60 let, kde je v ČR zachycena tato míra ve vyšších hodnotách než u SR. Průměrně dosahoval tento výskyt v ČR hodnoty 20, což je o 43 % více než v SR.

Při komparaci průměrné výše lze v přepočtu na 100 tis. obyvatel u obou států od věku pojištěnce 20 let zaznamenat rostoucí tendenci parciálních i plných ID, který se s přibývajícím věkem zvyšuje, výjimku tvoří věková skupina 60-64 let jak je patrné z Obr. 4.3.

Obr. 4.3 Průměrné roční hodnoty míry incidence invalidizace dle věku a druhu ID z let 2012-2016 v ČR a SR

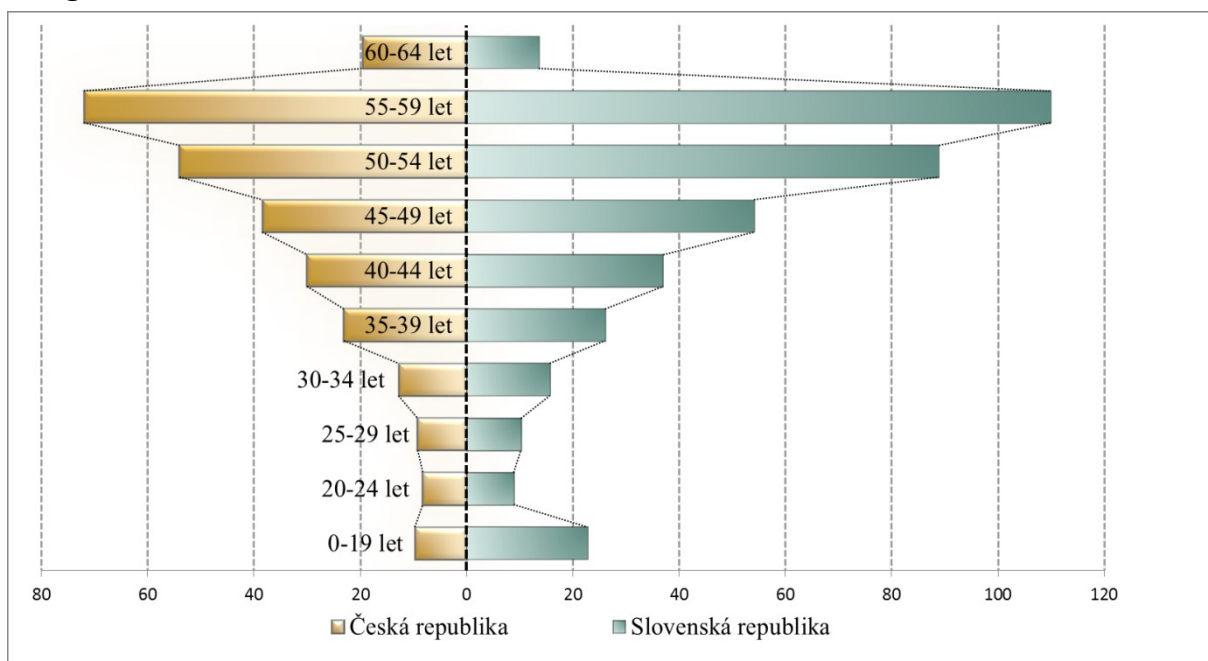


Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Nejvyšší míra incidence parciálních ID je shledána v kategorii 55-59 let, průměrná roční výše u ČR činí 48 případů, ve SR je tento výskyt signifikantní, průměrně o 55 % vyšší. Průměrná roční míra incidence částečných důchodů je vyšší v SR, výjimku tvoří kategorie nad 60 let, kdy je výskyt četnější v ČR. Ve shodné věkové skupině je také zjištěna nejvyšší míra incidence plných ID u obou zemí. ČR dosahuje průměrně vyšší míry incidence plných důchodů ve věkových skupinách 20-24 let, 35-39 let a 60-64 let oproti SR.

Jednotlivé rozložení průměrné míry incidence sledovaného období komparovaných zemí je uvedeno v Obr. 4.4, z kterého vyplývá, že proporcionalita je dle věkové diverzifikace u obou zemí obdobná.

Obr. 4.4 Srovnání průměrné roční hodnoty míry incidence invalidizace dle věkových kategorií z období let 2012-2016 v ČR a SR



Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poist'ovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Výjimku tvoří dvě věkové kategorie a to 0-19 let a 60-64 let. Ve skupině 0-19 let dosahovala průměrná roční výše míry incidence v ČR hodnoty 10 v přepočtu na 100 tis. obyvatel a zaujímala osmou nejčtenější věkovou skupinu, zatímco ve SR byla zjištěna tato hodnota ve výši 23 případů a byla šestou nejpočetnější věkovou kategorií. V segmentu 60-64 let byla průměrná roční hodnota incidence zjištěna v počtu 20 výskytů na 100 tis. obyvatel v ČR což je o 43 % více než v SR. V ČR tato věková kategorie zaujímá 6. příčku a ve SR 8. příčku v kontextu s četností případů incidence invalidizace. Reciproční shoda obou států dle proporcionalního rozložení průměrné míry incidence invalidizace v celém sledovaném období činí 80 %.

Pouze ve věkové kategorii 60-64 let byla zjištěna vyšší míra incidence invalidizace v ČR oproti SR. Ze zveřejněné studie OECD¹⁰ plyne, že průměrný přechod do starobního důchodu je v ČR v roce 2016 průměrně o 2 roky vyšší, než je tomu ve SR. Tato skutečnost koreluje se

¹⁰ OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

zjištěnými hodnotami a tento dřívější odchod do starobního důchodu v SR se odráží i na poměru míry incidence invalidizace této věkové kategorie (OECD [online], 2018).

4.5 Komparace na základě zdravotních příčin invalidizace

Nejvyšší průměrná roční míra incidence parciálních ID je shodně u obou států zaznamenána u nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, jak je patrné z Tabulky 4.5.

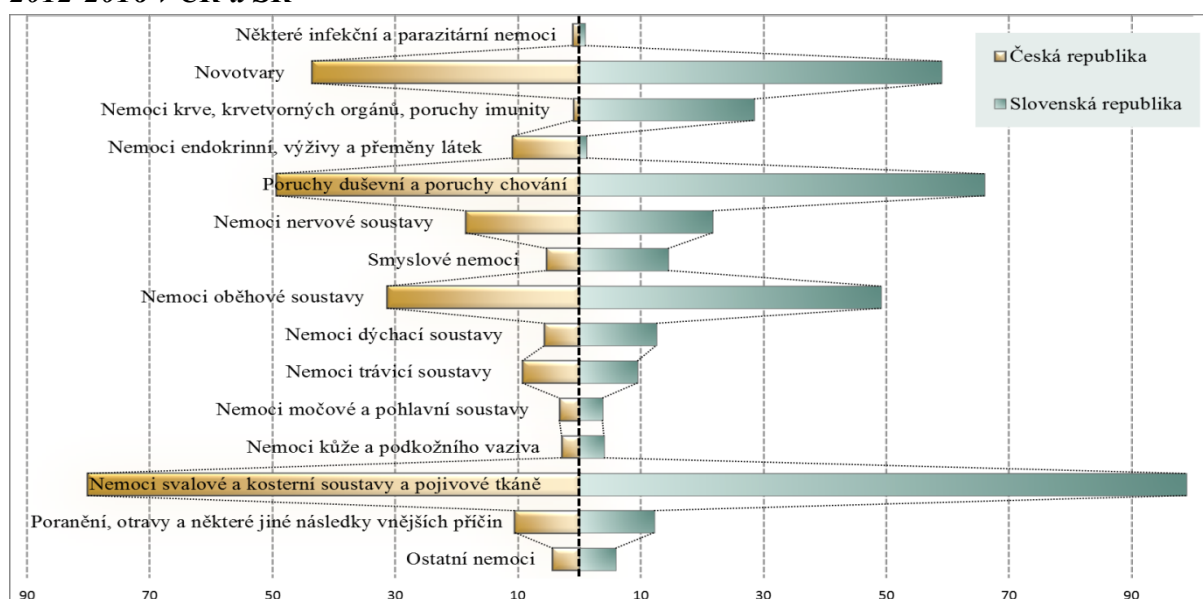
Tab. 4.5 Průměrné roční hodnoty míry incidence invalidizace dle zdravotních příčin a druhu ID z období let 2012-2016 v ČR a SR

Stát	Druh ID	Skupina diagnóz														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
ČR	parciální	1	10	1	9	34	13	5	21	4	6	2	3	69	7	3
	plný	0	34	0	2	16	5	1	11	1	3	1	0	11	4	2
SR	parciální	1	15	23	1	46	15	12	30	10	7	2	4	90	9	5
	plný	0	44	6	0	19	7	2	19	2	3	2	0	9	3	1

Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Průměrná míra incidence ve SR dosahovala u této diagnózy hodnoty 90 a v ČR 69 případů na 100 tis. obyvatel. Průměrně druhá nejčetnější roční míra incidence parciálních ID byla v ČR zjištěna u duševních poruch a poruchy chování s průměrnou výší 34 případů, totožnou příčku tato diagnóza zaujímá i ve SR, kde míra incidence je o 38 % vyšší než v ČR. Signifikantní příčinou plné invalidizace je v ČR i SR shledána diagnóza nádorových onemocnění. Průměrná roční míra incidence u této choroby ve SR dosahuje počtu 44 výskytů což je průměrně o 10 případů na 100 tis. obyvatel více než v ČR.

Obr. 4.5 Průměrná roční míra incidence invalidizace z hlediska zdravotních příčin z let 2012-2016 v ČR a SR



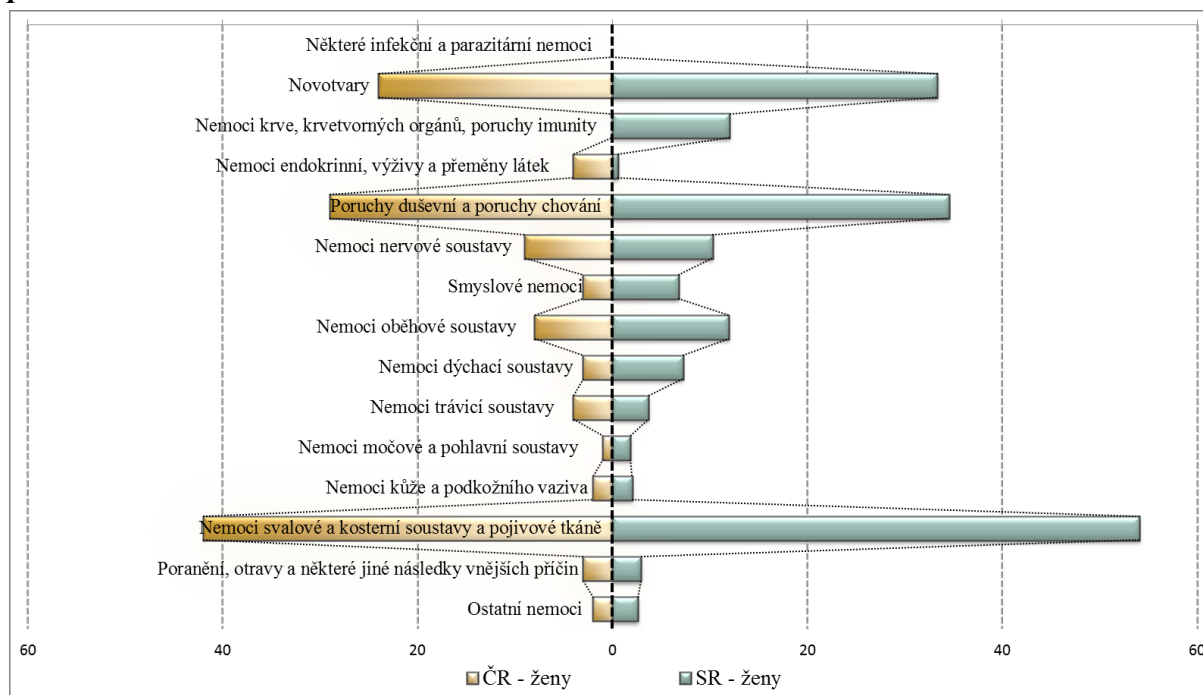
Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Druhá nejvýznamnější míra incidence plných ID je v ČR u 5. sk. diagnóz oproti SR, kde na této příčce kromě 5. skupiny diagnóz participuje ve shodné míře 19 případů na 100 tis. obyvatel i 8. skupina diagnóz.

Při komparaci průměrné roční míry incidence sledovaného období u jednotlivých zdravotních příčin z Obr. 4.5 vyplývá, že nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, psychiatrické diagnózy, nádorové onemocnění a nemoci oběhové soustavy byly z více než 70 % nejčastější příčinou invalidizace u obou zemí. Průměrné proporcionální rozložení míry incidence v analyzovaném období u těchto nejčastějších příčin diagnóz je u obou států bez výraznějších výkyvů.

Největší disparity mezi státy jsou zaznamenány u 3. skupiny a to nemoci krve, krevetvorných orgánů vč. poruch imunity a u 4. skupiny zastřešující nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. V hodnoceném období je z přílohy č. 11 dále patrné, že 3. sk. dosahovala ve SR průměrné výše incidence 28 případů a byla 5. nejčastější příčinou invalidizace, což je průměrně 28krát častější výskyt případů incidence invalidizace v přepočtu 100 tis. obyvatel než je tomu v ČR. Naopak u 4. skupiny je v ČR průměrně v hodnoceném období zaznamenána 11krát vyšší míra této incidence invalidizace oproti SR.

Obr. 4.6 Průměrné roční hodnoty míry incidence invalidizace žen z hlediska zdravotních příčin z let 2012-2016 v ČR a SR

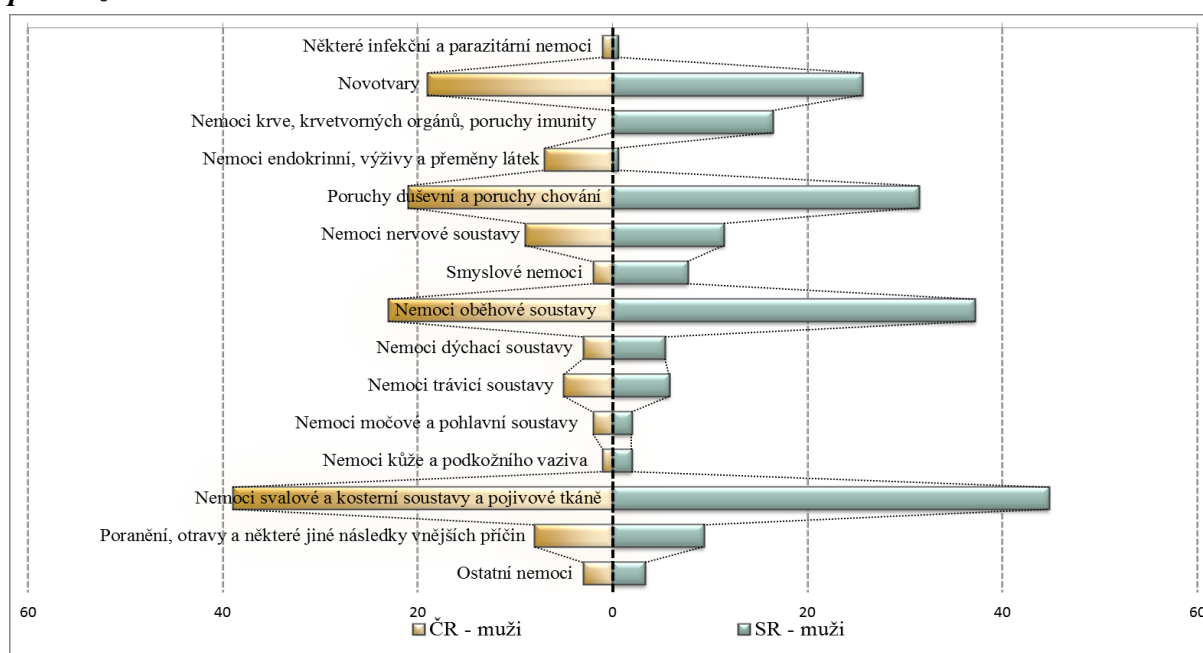


Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Z pohledu genderové diference, z Obr. 4.6 plyne, že průměrně nejvyšší míra incidence invalidizace je u obou států sledována u 2., 5. a 13. skupiny diagnóz. Z těchto diagnóz je nejvíce participující 13. skupina, v ČR její průměrná incidence invalidizace činí 42 výskytů, což je ročně průměrně o 12 případů méně, než je tomu u SR. Markantní rozdíly incidence u ženské populace jsou ve vybraných zemích shodně zaznamenány u skupiny 3 a 4.

U mužské populace je v komparovaných státech v celém období největší hodnota incidence invalidizace sledována u 13. skupiny, s průměrnou roční mírou incidence ve výši 39 případů u ČR, ve SR je tato průměrná hodnota o 15 % vyšší, jak je znázorněné v Obr. 4.7. Druhá nejvýznamnější incidence invalidizace je v ČR i SR zaznamenána u nemocí oběhové soustavy s průměrnou roční mírou incidence ID v hodnotě 37 v případě SR, u ČR je těchto případů průměrně o 14 méně v přepočtu na 100 tis. obyvatel.

Obr. 4.7 Průměrné roční hodnoty míry incidence invalidizace mužů z hlediska zdravotních příčin z let 2012-2016 v ČR a SR



Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Obě země vykazují obdobný jev v odlišné struktuře nejčastějších diagnóz způsobujících invalidizaci u mužů a u žen. Shodně je zaznamenána nejvyšší míra incidence invalidizace u skupiny 13. Nejvýraznější disparita je zaznamenána u druhé nejčastější příčiny invalidizace. U mužů druhou příčku zaujímají choroby oběhové soustavy, jejíž míra incidence u této diagnózy ve sledovaném období průměrně oscilovala mezi 16 % až 18 % v poměru ke všem diagnózám, oproti ženám, kde tato hodnota nepřesáhla 6 % hranici. Jedná se o nemoci

související s vysokým krevním tlakem a cholesterolem, kouřením, cukrovkou. U žen jsou shodně druhou nejčastější příčinou invalidizace poruchy duševní a poruchy chování.

Významnější genderové rozdíly byly shledány i u poranění, otravy a jiných následků vnější příčin, kde vyšší hodnoty incidence invalidizace vykazovala mužská část populace u ČR i SR.

Vyjma reziduálních odchylek byla v celém průběhu sledovaného období zaznamenána vyšší hodnota míry incidence u SR než u ČR. Průměrná míra incidence invalidizace v přepočtu na 100 tis. obyvatel byla v rozmezí let 2012 až 2016 ve SR o 39 % vyšší než v ČR. Tento signifikantní rozdíl ve výskytu nově invalidizovaných osob může být zapříčiněn širokým spektrem zdravotních, sociálních, ekonomických i politických vlivů. Při porovnání evropského strukturálního ukazatele z oblasti veřejného zdraví determinovaného jako *roky zdravého života*, je shledáno, že tento ukazatel v ČR činí průměrně ve sledovaném období¹¹ 64,3 let, ve SR je tato hodnota ve výši 54,3 let. ČR se průměrně pohybuje o 2,1 roku nad průměrem Evropské unie, naopak v hodnotě 7,9 let pod tímto průměrem se nachází SR. Tento ukazatel indikuje počet let, které osoba pravděpodobně přežije v určitém věku bez zdravotního postižení. Z této skutečnosti je možné dedukovat, že větší výskyt osob s disabilitou se nachází ve SR, tento jev koresponduje se zjištěným vyšším výskytem nově zjištěných invalidních důchodů v této zemi (ES, Healthy life years [online], 2018).

Kromě zdravotního stavu mohou ovlivňovat tyto zjištěné vyšší hodnoty u SR i některé socioekonomické aspekty. Z výše uvedené analýzy také vyplývá, že s věkem se míra incidence invalidizace u komparovaných států zvyšuje. Z hlediska zaměstnatelnosti jde o rizikové věkové skupiny občanů, kteří ještě nedosahují starobního důchodového věku a jedním z možných řešení této situace je žádost o ID. Proto nelze vyvrátit možný vliv míry nezaměstnanosti na počtu přiznaných ID, kdy celková průměrná míra nezaměstnanosti ve sledovaném období ve SR činila 12,5 %, což je o 6,7 procentních bodů vyšší hodnota než byla průměrně zaznamenána v ČR (ES, Total unemployment rate [online], 2018).

¹¹ Jedná se o průměrné hodnoty z let 2012 až 2015 (rok 2016 není v době vypracování této diplomové práce k dispozici)

5 Závěr

Sociální politika je významnou složkou veřejného života. Důležitým nástrojem této antropocentricky orientované politiky je sociální zabezpečení. Geneze systému sociálního zabezpečení započala v souvislosti se změnami životních podmínek obyvatel. Tyto změny se pojí s determinantou, tzv. sociální událostí, jež lze explikovat jako riziko, které je společensky uznáno za závažné a důsledky tohoto rizika není schopen jedinec zvládnout vlastními silami. Hlavní podporou ze strany státu při vzniku negativní sociální události a to ztrátě výdělku v konsekvenci dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je invalidní důchod.

Hlavním námětem této práce bylo srovnání vybraných aspektů stěžejní dávky osob s disabilitou a to invalidních důchodů a invalidizace v České republice a Slovenské republice.

Dílčím cílem práce bylo vymezení segmentu sociálního zabezpečení v komparovaných státech, které je součástí druhé kapitoly této práce. V souvislosti s koexistencí československého soustátí je historický vývoj systému sociálního zabezpečení v ČR a SR v mnoha ohledech shodný. Za účelem správy, řízení a realizace tohoto systému státy vytvořily sofistikované organizace specifikující podmínky účasti na sociálním zabezpečení. V ČR determinuje organizační uspořádání zejména zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, těmito orgány jsou např. OSSZ, ČSSZ, MPSV, Ministerstvo vnitra a obrany. Ve SR je tento segment zahrnut zejména v zákonu 453/2003 Z. z., o orgánech štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento zákon diverzifikuje hlavními orgány v této oblasti zejména MPSVaR, ústředí práce, sociálních věcí a rodiny, úřad práce, sociálních věcí a rodiny.

Soustava sociálního zabezpečení byla shledána v obou státech totožná, zahrnovala sociální pojištění, státní sociální podporu a sociální pomoc. Invalidní důchod spadá v případě obou zemí do segmentu důchodového pojištění v rámci sociálního pojištění. Kromě důchodového pojištění participuje v oblasti sociálního pojištění ČR také nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Ve SR tvoří sociální pojištění navíc i úrazové a garanční pojištění vč. pojištění v nezaměstnanosti.

Z rozboru vypracovaného ve třetí kapitole vyplývá, že zásadním způsobem se kritéria pro splnění nároku na invalidní důchod v obou státech neliší. Shodně musí být splněna obligatorní podmínka uznání invalidity, získání potřebné doby důchodového pojištění a koexistence nesplnění podmínky nároku na starobní důchod. Kardinálním předpokladem je zjištění

dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a na základě této skutečnosti vymezit míru poklesu pracovní schopnosti. Diskrepance těchto států byla zjištěna při členění invalidity dle procentního poklesu pracovní schopnosti. ČR má od roku 2010 kodifikovány tři stupně invalidity a to 1. stupeň s poklesem pracovní schopnosti v rozmezí 35-49 %, 2. stupeň s hodnotami 50-59 % a 3. stupeň s vymezením nad 70 %. Ve SR jsou stanovené pouze 2 segmenty invalidity a to s poklesem pracovní schopnosti od 40% do 70 % a nad 70 %.

Ústředním **cílem** diplomové práce byla komparace průměrné míry incidence invalidizace a to dle genderového rozdělení, věkové diverzifikace a zdravotních příčin v České republice a Slovenské republice za období let 2012-2016. Na základě analýzy vývoje invalidizace a invalidních důchodů byla v rámci čtvrté kapitoly provedena mezinárodní komparace zjištěných dat. Pro explicitní klasifikaci obou států byl zvolen jednotný ukazatel a to míra incidence invalidizace.

Z výsledků komparace vyplývá, že míra incidence invalidizace byla v celém průběhu sledovaného období vyšší u SR než u ČR. Průměrná roční míra incidence invalidizace dosahovala ve SR hodnoty 387 případů, což byl průměrně o 39 % vyšší výskyt než v ČR. Na základě tohoto zjištění musí být hypotéza ve znění „*Průměrná míra incidence invalidizace sledovaného období je v České republice vyšší než ve Slovenské republice*“, vyvrácena. Tento jev byl zaznamenán i přesto, že v ČR jsou invalidizovány osoby již od 35 % poklesu pracovní schopnosti oproti SR, kde jsou v tomto ohledu podmínky přísnější, stanovená hranice je o 5 % vyšší. V obou zemích byla dále pozorována zejména rostoucí tendence v počtech zamítnutých žádostí. Vyšší počet zamítnutých žádostí s průměrnou hodnotou 163 výskytů na 100 tis. obyvatel bylo shledáno v ČR, což bylo průměrně o 45 % více než ve SR. Parciální důchody dosahovaly v ČR i SR vyšších hodnot oproti plným ID.

Při genderové diferenciaci míry incidence invalidizace byla shodně zjištěna vyšší míra u mužů než u žen, v průběhu lze zaznamenat zejména trend snižování genderových disparit. V ČR byla míra incidence invalidizace u mužské populace zaznamenána v průměrné roční výši 143 případů, což bylo o 29 % méně než u SR, u žen byla tato míra shledána ve výši 134 případů v ČR a 184 případů ve SR. Ve sledovaném období bylo při evaluaci míry incidence invalidizace dle pohlaví zaznamenáno, že vyšší hodnoty vykazuje SR, nejbližší byla ČR k SR v roce 2016. V ČR lze spatřit nižší míru oscilace této incidence mezi pohlavím než ve SR.

Z hlediska věkového rozložení míry incidence invalidizace plyne, že nejvyšší hodnoty byly u obou zemí zjištěny shodně ve věkové kategorii 55-59 let a to u mužů i žen. Obdobné bylo

u obou států také druhé nejčtenější zastoupení a to ve skupině 50-54 let. Reciproční shoda komparovaných zemí dle proporcionálního rozložení průměrné míry incidence invalidizace v celém sledovaném období činila 80 %. Markantní převahu ve výši míry incidence ve všech věkových kategoriích dosahovala SR, jedinou výjimku tvořila věková skupina nad 60 let, kde byla průměrná roční míra o 43 % vyšší v ČR. Tento jev byl zapříčiněn zejména dřívější transformací invalidního důchodu na starobní důchod u SR, kde je dle studie OECD zaznamenána nižší věková hranice odchodu do starobních důchodů než v ČR.

Při komparaci zdravotních příčin invalidizace je u obou států zjištěno, že celkově nejčastěji byly invalidizovány osoby z důvodu nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Signifikantní příčinou u plné invalidizace byla v ČR i SR shledána diagnóza novotvarů. U obou států nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, psychiatrické diagnózy, nádorové onemocnění a nemoci oběhové soustavy byly z více než 70 % nejčastější příčinou invalidizace. U zemí lze spatřit shodný jev v odlišné struktuře u druhé nejčastější diagnóze způsobující invalidizaci u mužů a u žen. U mužů se jedná o choroby oběhové soustavy, zatímco u žen jsou zaznamenány na této příčce poruchy duševní a poruchy chování.

V průběhu analyzovaného období je shledána vyšší míra incidence invalidizace u SR než u ČR, mimo výjimky reziduálního charakteru. Tato odchylka může být způsobena mnoha faktory. Z pohledu zdravotního stavu ze statistik Eurostatu v části veřejného zdraví vyplývá, že průměrně ve sledovaném období je v ČR pravděpodobnost přežití bez zdravotního postižení indikována v počtu 64,3 let (o 2,1 roku nad průměrem EU), zatímco v SR je tento věk determinován ve výši 54,3 let. Další možný vliv nelze vyvrátit ani v kontextu nepříznivé socioekonomické situace, kdy v případě nezaměstnanosti je tato negativní událost řešena prostřednictvím žádosti o invalidní důchod. Z dat Eurostatu vyplývá, že v komparovaném období byla celková průměrná míra nezaměstnanosti shledána o 6,7 procentních bodů vyšší ve SR než v ČR. Tyto zaznamenané skutečnosti korelují se zjištěným vyšším výskytem nově zjištěných invalidních důchodů ve SR. Je zřejmé, že oblasti zdravotního, sociálního a nemocenského pojištění jsou velmi úzce spjaté a také jsou provázány s politikou zaměstnanosti. Především SR by v těchto oblastech měla činit opatření ve snaze snižování počtu nově zjištěných ID. Ze zdravotního hlediska je snaha o redukci počtu ID velmi svízelná, z toho důvodu by měla být pozornost věnována zejména zdravotním preventivním a profylaktickým opatřením co nejširšímu okruhu veřejnosti (preventivní prohlídky, životní styl, časně rozpoznání zdravotních problémů apod.).

Seznam použité literatury

Odborná kniha

1. ANDERSON, Karen M. *Social policy in the European Union*. London: Palgrave, 2015. 264 s. ISBN 978-0-230-22349-3.
2. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
3. GEJDOŠOVÁ, Zuzana. *Sociálne zabezpečenie v systéme verejnej správy na Slovensku*. Ružomberok: Verbum, 2012. 218 s. ISBN 978-80-8084-894-1.
4. HAMERNÍKOVÁ, Bojka a Alena MAAYTOVÁ. *Veřejné finance*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2007. 364 s. ISBN 978-80-7357-301-0.
5. CHVÁTALOVÁ, Iva. *Právo sociálního zabezpečení v České republice a Evropské unii*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2012. 290 s. ISBN 978-80-7380-374-2 .
6. KACZOR, Pavel. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE, 2015. 270 s. ISBN 978-80-245-2096-4 .
7. KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. Praha: C .H . Beck, 2007. 176 s. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7179-620-6 .
8. KOTOUS, Jan, Gabriela MUNKOVÁ a Martin ŠTEFKO. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1.
9. KREBS, Vojtěch a Jaroslava DURDISOVÁ. *Sociální politika*. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 568 s. ISBN 978-80-7478-921-2 .
10. KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. 328 s. ISBN 978-80-247-5264-8.
11. MUNKOVÁ, Gabriela. *Sociální politika v evropských zemích*. Praha: Karolinum, 2004. 189 s. ISBN 80-246-0780-8.
12. NEČADOVÁ, Věra. *Sociální politika: systém sociálního zabezpečení: studijní opora*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2015. 120 s. ISBN 978-80-88064-08-4.
13. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2012. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
14. OLÁH, Michal. *Sociálne služby*. Bratislava: Iris, 2013. 148 s. ISBN 978-80-89238-97-2.

15. PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance: úvod do problematiky*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2008. 580 s. ISBN 978-80-7357-358-4.
16. RYBA, Jan. *Nad sociálním zabezpečením*. Praha: Orac, 1998. 229 s. ISBN 80-86199-01-0.
17. TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015. 340 s. ISBN 978-80-7478-941-0.
18. TRÖSTER, Petr. *Právo sociálního zabezpečení*. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: C.H. Beck, 2010. 420 s. ISBN 978-80-7400-322-6.
19. VESELÝ, Jiří. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: Linde Praha, 2013. 312 s. ISBN 978-80-7201-915-1.
20. VOSTATEK, Jaroslav. *Sociální a soukromé pojištění*. Praha: Codex Bohemia, 1996. 601 s. ISBN 80-85963-21-3.
21. VOSTATEK, Jaroslav. *Penzijní teorie a politika*. V Praze: C .H . Beck, 2016. 288 s. ISBN 978-80-7400-571-8.

Elektronické dokumenty

22. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Profil České správy sociálního zabezpečení*. [online]. [1. 10. 2017]. Dostupné z : <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/profil-organizace/>
23. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Invalidní důchody*. [online]. [1. 10. 2017]. Dostupné z : <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>
24. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2012*. Praha: ČSSZ - odbor ekonomický a odbor komunikace, 2013. 75 s. ISBN 978-80-87039-42-7. Dostupné z : <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>
25. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2013*. Praha: ČSSZ - odbor ekonomický a odbor komunikace, 2014. 79 s. ISBN 978-80-87039-42-7. Dostupné z : <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>
26. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2014*. Praha: ČSSZ - odbor ekonomický a odbor

- komunikace, 2015. 85 s. ISBN 978-80-87039-42-7. Dostupné z :
<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>
27. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2015*. Praha: ČSSZ - odbor ekonomický a odbor komunikace, 2016. 85 s. ISBN 978-80-87039-42-7. Dostupné z :
<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>
28. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. ČSSZ: *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2016*. Praha: ČSSZ - odbor ekonomický a odbor komunikace, 2017. 88 s. ISBN 978-80-87039-42-7. Dostupné z :
<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/informacni-materialy/statisticke-rocenky.htm>
29. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: *Česká republika od roku 1989 v číslech*. [online]. [1. 2. 2018]. Dostupné z : <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-w0i9dxmghn>
30. ELEKTRONICKÝ VÝUKOVÝ SYSTÉM VŠB-EKF. LMS: *Sociální politika v EU* (FACHINELLI, Hana). [online]. [8. 10. 2017]. Dostupné z : <https://lms.vsb.cz/>
31. EUROSTAT. ES: *Healthy life years*. [online]. [20. 2. 2018]. Dostupné z :
http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en
32. EUROSTAT. ES: *Total unemployment rate*. [online]. [10. 2. 2018]. Dostupné z :
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1 &language=en&pcod e=tps00203>
33. MONITOR. *Přehled státního rozpočtu*. [online]. [8. 12. 2017]. Dostupné z :
<http://monitor.statnipokladna.cz/2016/statni-rozpocet/>
34. ORGANISATION FORECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *OECD: Pensions at a Glance 2017*. [online]. [21. 2. 2018]. Dostupné z :
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017_pension_glance-2017-en
35. ROZPOČET SR. *Státní rozpočet*. [online]. [27. 12. 2017]. Dostupné z :
<http://www.rozpocet.sk/web/#/rozpocet/VS/kapitoly/0>
36. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. SP: *Základní charakteristika*. [online]. [8. 10. 2017]. Dostupné z : <http://www.socpoist.sk/o-socialnej-poistovni-yuz/49233s>
37. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. SP: *Materské*. [online]. [10. 10. 2017].
<http://www.socpoist.sk/materske/1293s>

38. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *SP: Lekárska posudková činnosť dôchodkového poistenia*. [online]. [31. 10. 2017]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/lekarska-posudkova-cinnost-dochodkoveho-poistenia/947s?&lang=sk>
39. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *SP: Vyrovnávací príplatok*. [online]. [20. 10. 2017]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/vyrovnavaci-priplatok/60904s>
40. SOCIÁLNA POISŤOVŇA. *SP: Invalidný dôchodok*. [online]. [9. 11. 2017]. Dostupné z: <http://www.socpoist.sk/invalidny-dochodok/1288s>
41. ŠSTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *ŠÚSR: Počet obyvateľov podľa pohlavia*. [online]. [9. 2. 2018]. Dostupné z: [http://statdat.statistics.sk/cognosext/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=storeID\(%22i362DCE4D88EC4E13A9EE8526B286D18B%22\)&ui.name=Po%20c4%8det%20obyvate%20c4%beov%20pod%20c4%bea%20pohlavia%20-%20SR%20c%20oblasti%20c%20kraje%20c%20okresy%20c%20mesto%20c%20vidiek%20\(ro%20c4%8dne\)%20%5bom7102rr%5d&run.outputFormat=&run.prompt=true&cv.header=false&ui.backURL=%2fcognosext%2fcps4%2fportlets%2fcommon%2fclose.html](http://statdat.statistics.sk/cognosext/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=storeID(%22i362DCE4D88EC4E13A9EE8526B286D18B%22)&ui.name=Po%20c4%8det%20obyvate%20c4%beov%20pod%20c4%bea%20pohlavia%20-%20SR%20c%20oblasti%20c%20kraje%20c%20okresy%20c%20mesto%20c%20vidiek%20(ro%20c4%8dne)%20%5bom7102rr%5d&run.outputFormat=&run.prompt=true&cv.header=false&ui.backURL=%2fcognosext%2fcps4%2fportlets%2fcommon%2fclose.html)
42. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *ÚZIS: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. [23. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Legislativa

43. Zákon č. 582 ze dne 17. prosince 1991, o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 1991, částka 111, s. 2890-2920. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=582/1991&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
44. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995, o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 1995, částka 41, s. 1986-2011. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=155/1995&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

45. Zákon č. 453 ze dne 30. října 2003, o orgánech štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů SR*. 2003, částka 196, s. 3500-3514. Dostupný také z: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/453/20170501>
46. Zákon č. 461 ze dne 30. října 2003, o sociálnom poistení, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů SR*. 2003, částka 200, s. 3550-3703. Dostupný také z: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2003/461/20171030>
47. Zákon č. 187 ze dne 14. března 2006, o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2006, částka 64, s. 2330-2392. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-akonu/SearchResult.aspx?q=187/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

Ostatní – interní dokumenty

48. SOCIÁLNA POISTOVŇA, interní dokumenty z let 2012-2016

Seznam zkratk

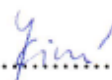
ADH	Aktuální důchodová hodnota
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DPN	Dočasná pracovní neschopnost
DVZ	Denní vyměřovací základ
EURO	€; měna eurozóny
ID	Invalidní důchod
LPČ	Lékařská posudková činnost
LPS	Lékařská posudková činnost
ODP	Období důchodového pojištění
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
POMB	Průměrný osobní mzdový bod
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MPSVaR	Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny (SR)
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
ČSÚ	Český statistický úřad
ÚSC	Územně samosprávný celek

Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 27. dubna 2018

.....


Bc. Monika Kicová

Seznam příloh

Příloha č. 1	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR
Příloha č. 2	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a druhu ID v letech 2012-2016 v ČR
Příloha č. 3	Základní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů dle MKN
Příloha č. 4	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR
Příloha č. 5	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a druhu ID v letech 2012-2016 v ČR
Příloha č. 6	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a pohlaví v letech 2012-2016 v SR
Příloha č. 7	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a druhu ID v letech 2012-2016 v SR
Příloha č. 8	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a pohlaví v letech 2012-2016 v SR
Příloha č. 9	Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a druhu ID v letech 2012-2016 v SR
Příloha č. 10	Míra incidence invalidizace dle věku a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR a SR
Příloha č. 11	Míra incidence invalidizace z hlediska zdravotních příčin a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR a SR

Přílohy

Příloha č. 1

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR

Rok / pohlaví		Věková kategorie									
		0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	ženy	470	402	497	818	1 437	1 688	2 345	3 069	2 712	42
	muži	722	547	567	706	1 062	1 203	1 734	2 595	4 699	1 300
	celkem	1 192	949	1 064	1 524	2 499	2 891	4 079	5 664	7 411	1 342
2013	ženy	436	398	502	725	1 378	1 609	2 224	2 824	2 970	41
	muži	654	492	494	617	1 030	1 208	1 711	2 441	4 375	1 727
	celkem	1 090	890	996	1 342	2 408	2 817	3 935	5 265	7 345	1 768
2014	ženy	383	401	452	732	1 472	1 893	2 444	3 118	3 449	108
	muži	546	477	493	640	1 009	1 341	1 667	2 500	4 270	1 967
	celkem	929	878	945	1 372	2 481	3 234	4 111	5 618	7 719	2 075
2015	ženy	397	364	476	683	1 419	1 980	2 351	3 366	3 585	125
	muži	579	472	453	593	1 041	1 406	1 607	2 609	4 358	2 307
	celkem	976	836	929	1 276	2 460	3 386	3 958	5 975	7 943	2 432
2016	ženy	386	350	447	698	1 344	2 144	2 485	3 269	3 512	202
	muži	563	466	500	534	970	1 368	1 693	2 701	4 031	2 477
	celkem	949	816	947	1 232	2 314	3 512	4 178	5 970	7 543	2 679
CELKEM		5 136	4 369	4 881	6 746	12 162	15 840	20 261	28 492	37 961	10 296

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 2

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a druhu ID v letech 2012-2016 v ČR

<i>Rok / druh ID</i>		Věková kategorie									
		0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	1. stupně	261	461	556	808	1 380	1 591	2 232	2 966	3 419	421
	2. stupně	126	152	160	225	395	442	679	990	1 403	249
	3. stupně	805	336	348	491	724	858	1 168	1 708	2 589	672
2013	1. stupně	201	447	500	750	1 321	1 547	2 155	2 790	3 417	601
	2. stupně	110	142	148	174	382	413	610	908	1 369	332
	3. stupně	779	301	348	418	705	857	1 170	1 567	2 559	835
2014	1. stupně	194	433	467	759	1 338	1 791	2 285	3 064	3 753	744
	2. stupně	110	137	149	219	360	481	610	883	1 341	384
	3. stupně	625	308	329	394	783	962	1 216	1 671	2 625	947
2015	1. stupně	206	424	485	706	1 425	1 959	2 269	3 355	4 048	960
	2. stupně	115	155	149	177	353	500	614	929	1 361	452
	3. stupně	655	257	295	393	682	927	1 075	1 691	2 534	1 020
2016	1. stupně	214	417	512	656	1 295	2 027	2 382	3 368	3 951	1 116
	2. stupně	119	156	125	189	320	509	625	937	1 284	478
	3. stupně	616	243	310	387	699	976	1 171	1 665	2 308	1 085
Celkem ID 1. stupně		1 076	2 182	2 520	3 679	6 759	8 915	11 323	15 543	18 588	3 842
Celkem ID 2. stupně		580	742	731	984	1 810	2 345	3 138	4 647	6 758	1 895
Celkem ID 3. stupně		3 480	1 445	1 630	2 083	3 593	4 580	5 800	8 302	12 615	4 559

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 3

Základní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů dle MKN

Kapitola	Znak kódu	Specifikace	Poznámka
I.	A00–B99	Některé infekční a parazitární nemoci	<i>Celkové stavy</i>
II.	C00–D48	Novotvary	
III.	D50–D89	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	<i>Diverzifikace dle orgánových systémů</i>
IV.	E00–E90	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	
V.	F00–F99	Poruchy duševní a poruchy chování	
VI.	G00–G99	Nemoci nervové soustavy	
VII.	H00–H59	Nemoci oka a očních adnex	
VIII.	H60–H95	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	
IX.	I00–I99	Nemoci oběhové soustavy	
X.	J00–J99	Nemoci dýchací soustavy	
XI.	K00–K93	Nemoci trávicí soustavy	
XII.	L00–L99	Nemoci kůže a podkožního vaziva	
XIII.	M00–M99	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	
XIV.	N00–N99	Nemoci močové a pohlavní soustavy	
XV.	O00–O99	Těhotenství, porod a šestinedělí	<i>Kapitoly v souvislosti s reprodukcí a porodem</i>
XVI.	P00–P96	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	<i>V původním pojetí morfologických vad také související s porodem</i>
XVII.	Q00–Q99	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	
XVIII.	R00–R99	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	<i>Doplňková kapitola jež má omezený podíl informace o vlastním onemocnění</i>
XIX.	S00–T98	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	<i>Kapitola zaměřená na úrazy, příp. jiné fyzicky získané stavy a komplementární kapitola popisující vnější příčiny</i>
XX.	V01–Y98	Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	<i>Doplňkové kapitoly jež mají omezený podíl informace o vlastním onemocnění</i>
XXI.	Z00–Z99	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	
XXII.	U00–U99	Kódy pro speciální účely	

Zdroj: ÚZIS [online], 2017; vlastní zpracování

Příloha č. 4

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR

Rok / pohlaví		Skupina diagnóz														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
2012	ženy	54	2447	63	447	2969	1007	340	825	256	431	163	149	3792	301	236
	muži	69	2025	37	689	2303	1046	277	2498	322	567	217	112	3781	885	307
	celkem	123	4 472	100	1 136	5 272	2 053	617	3 323	578	998	380	261	7 573	1 186	543
2013	ženy	58	2406	36	456	2910	893	272	793	268	401	145	203	3785	295	186
	muži	81	2098	62	665	2167	962	275	2508	300	539	177	158	3640	838	279
	celkem	139	4 504	98	1 121	5 077	1 855	547	3 301	568	940	322	361	7 425	1 133	465
2014	ženy	60	2680	47	491	3100	964	307	871	303	451	134	178	4360	317	189
	muži	62	2013	35	709	2164	999	251	2399	354	565	209	122	3937	833	258
	celkem	122	4 693	82	1 200	5 264	1 963	558	3 270	657	1 016	343	300	8 297	1 150	447
2015	ženy	34	2567	48	451	3144	978	280	881	220	432	121	174	4940	293	183
	muži	63	2072	45	699	2120	975	260	2564	327	523	172	132	4445	787	241
	celkem	97	4 639	93	1 150	5 264	1 953	540	3 445	547	955	293	306	9 385	1 080	424
2016	ženy	57	2631	56	438	3103	924	278	829	290	432	155	162	5019	276	187
	muži	55	2040	56	703	2058	1021	254	2336	343	575	207	130	4534	746	245
	celkem	112	4 671	112	1 141	5 161	1 945	532	3 165	633	1 007	362	292	9 553	1 022	432
CELKEM		593	22 979	485	5 748	26 038	9 769	2 794	16 504	2 983	4 916	1 700	1 520	42 233	5 571	2 311

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 5

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a druhu ID v letech 2012-2016 v ČR

<i>Rok / druh ID</i>		Skupina diagnóz														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
2012	1. stupně	61	674	50	667	2 597	1 072	387	1 368	278	442	116	194	5 311	606	272
	2. stupně	15	306	26	257	904	396	140	774	143	196	102	44	1 246	187	85
	3. stupně	47	3 492	24	212	1 771	585	90	1 181	157	360	162	23	1 016	393	186
2013	1. stupně	69	646	54	650	2 503	936	365	1 413	288	416	116	271	5 225	566	211
	2. stupně	26	313	19	239	837	377	111	763	158	188	79	65	1 164	155	94
	3. stupně	44	3 545	25	232	1 737	542	71	1 125	122	336	127	25	1 036	412	160
2014	1. stupně	65	694	41	688	2 757	982	363	1 394	332	437	110	215	5 959	592	199
	2. stupně	20	322	25	252	864	385	109	702	171	198	92	54	1 240	162	78
	3. stupně	37	3 677	16	260	1 643	596	86	1 174	154	381	141	31	1 098	396	170
2015	1. stupně	43	815	52	628	2 789	1 030	359	1 540	271	453	107	239	6 747	573	191
	2. stupně	17	406	21	245	849	365	101	758	124	168	77	47	1 380	164	83
	3. stupně	37	3 418	20	277	1 626	558	80	1 147	152	334	109	20	1 258	343	150
2016	1. stupně	57	778	54	665	2 782	1 078	349	1 467	338	461	108	207	6 836	553	205
	2. stupně	23	363	27	267	833	375	111	652	161	171	117	59	1 369	141	73
	3. stupně	32	3 530	31	209	1 546	492	72	1 046	134	375	137	26	1 348	328	154
Celkem ID 1.		295	3 607	251	3 298	13 428	5 098	1 823	7 182	1 507	2 209	557	1 126	30 078	2 890	1 078
Celkem ID 2.		101	1 710	118	1 260	4 287	1 898	572	3 649	757	921	467	269	6 399	809	413
Celkem ID 3.		197	17 662	116	1 190	8 323	2 773	399	5 673	719	1 786	676	125	5 756	1 872	820

Zdroj: ČSSZ, statistická ročenka 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 6

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a pohlaví v letech 2012-2016 v SR

<i>Rok / pohlaví</i>		Věková kategorie									
		0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	ženy	598	180	264	468	873	1 171	1 877	2 803	2 133	7
	muži	786	255	333	510	740	903	1 597	2 770	3 938	477
	celkem	1 384	435	597	978	1 613	2 074	3 474	5 573	6 071	484
2013	ženy	492	158	228	419	750	951	1 562	2 410	2 217	32
	muži	741	223	295	419	641	838	1 341	2 224	3 317	511
	celkem	1 233	381	523	838	1 391	1 789	2 903	4 634	5 534	543
2014	ženy	610	201	248	488	786	1 237	1 686	2 638	2 678	38
	muži	780	275	324	451	703	932	1 422	2 415	3 580	554
	celkem	1 390	476	572	939	1 489	2 169	3 108	5 053	6 258	592
2015	ženy	334	282	262	376	637	990	1 288	2 152	2 661	225
	muži	490	353	287	358	563	862	1 090	1 887	3 109	1 033
	celkem	824	635	549	734	1 200	1 852	2 378	4 039	5 770	1 258
2016	ženy	554	197	239	408	725	1 201	1 542	2 499	2 900	160
	muži	773	278	288	354	635	925	1 259	2 283	3 253	650
	celkem	1 327	475	527	762	1 360	2 126	2 801	4 782	6 153	810
CELKEM		6 158	2 402	2 768	4 251	7 053	10 010	14 664	24 081	29 786	3 687

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 7

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle věku a druhu ID v letech 2012-2016 v SR

<i>Rok / druh ID</i>		Věková kategorie									
		0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	do 70 %	672	302	434	732	1 249	1 586	2 593	4 102	4 122	214
	nad 70 %	712	133	163	246	364	488	881	1 471	1 949	270
2013	do 70 %	596	266	386	641	1 044	1 329	2 073	3 281	3 621	246
	nad 70 %	637	115	137	197	347	460	830	1 353	1 913	297
2014	do 70 %	678	365	435	742	1 098	1 604	2 207	3 543	4 105	248
	nad 70 %	712	111	137	197	391	565	901	1 510	2 153	344
2015	do 70 %	337	455	414	549	898	1 406	1 737	2 937	4 041	690
	nad 70 %	487	180	135	185	302	446	641	1 102	1 729	568
2016	do 70 %	656	341	406	587	1 057	1 629	2 125	3 443	4 268	414
	nad 70 %	671	134	121	175	303	497	676	1 339	1 885	396
Celkem ID do 70 %		2 939	1 729	2 075	3 251	5 346	7 554	10 735	17 306	20 157	1 812
Celkem ID nad 70 %		3 219	673	693	1 000	1 707	2 456	3 929	6 775	9 629	1 875

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 8

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a pohlaví v letech 2012-2016 v SR

<i>Rok / pohlaví</i>		Skupina diagnóz														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
2012	ženy	21	1800	733	36	1991	571	387	711	439	231	109	113	2983	161	88
	muži	35	1460	1033	31	1867	705	484	2338	331	356	118	112	2758	580	101
	celkem	56	3 260	1 766	67	3 858	1 276	871	3 049	770	587	227	225	5 741	741	189
2013	ženy	16	1625	595	25	1717	559	327	644	352	202	106	94	2738	139	80
	muži	22	1320	849	27	1670	585	405	2017	273	277	103	96	2367	471	68
	celkem	38	2 945	1 444	52	3 387	1 144	732	2 661	625	479	209	190	5 105	610	148
2014	ženy	23	1929	638	26	2077	553	405	688	420	201	86	122	3208	153	81
	muži	33	1510	893	27	1756	675	458	2084	311	318	120	116	2546	501	88
	celkem	56	3 439	1 531	53	3 833	1 228	863	2 772	731	519	206	238	5 754	654	169
2015	ženy	22	1693	630	29	1710	519	355	564	340	171	92	101	2676	146	159
	muži	22	1293	831	24	1598	565	370	1705	283	294	89	99	2184	461	214
	celkem	44	2 986	1 461	53	3 308	1 084	725	2 269	623	465	181	200	4 860	607	373
2016	ženy	18	1982	656	29	1864	573	352	624	400	188	98	113	3049	183	296
	muži	30	1357	837	31	1627	559	356	1931	255	315	95	96	2276	509	424
	celkem	48	3 339	1 493	60	3 491	1 132	708	2 555	655	503	193	209	5 325	692	720
CELKEM		242	15 969	7 695	285	17 877	5 864	3 899	13 306	3 404	2 553	1 016	1 062	26 785	3 304	1 599

Zdroj: Sociálna poisťovňa, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 9

Vývoj počtu nově přiznaných ID dle zdravotních příčin a druhu ID v letech 2012-2016 v SR

Rok / druh ID		Skupina diagnóz														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
2012	do 70 %	44	790	1 416	53	2 706	891	753	1 858	636	414	112	213	5 384	599	137
	nad 70 %	12	2 470	350	14	1 152	385	118	1 191	134	173	115	12	357	142	52
2013	do 70 %	30	709	1 108	42	2 370	750	628	1 571	503	336	130	172	4 584	446	104
	nad 70 %	8	2 236	336	10	1 017	394	104	1 090	122	143	79	18	521	164	44
2014	do 70 %	35	809	1 185	43	2 694	844	729	1 677	586	355	114	210	5 120	504	120
	nad 70 %	21	2 630	346	10	1 139	384	134	1 095	145	164	92	28	634	150	49
2015	do 70 %	30	774	1 161	42	2 347	734	630	1 445	500	339	106	179	4 408	464	305
	nad 70 %	14	2 212	300	11	961	350	95	824	123	126	75	21	452	143	68
2016	do 70 %	33	871	1 231	51	2 484	762	603	1 649	544	358	112	185	4 900	554	589
	nad 70 %	15	2 468	262	9	1 007	370	105	906	111	145	81	24	425	138	131
Celkem ID do 70 %		172	3 953	6 101	231	12 601	3 981	3 343	8 200	2 769	1 802	574	959	24 396	2 567	1 255
Celkem ID nad 70 %		70	12 016	1 594	54	5 276	1 883	556	5 106	635	751	442	103	2 389	737	344

Zdroj: Sociální poistovna, interní dokumenty 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 10

Míra incidence invalidizace dle věku a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR a SR

Rok / stát / pohlaví			Věková kategorie									
			0-19 let	20-24 let	25-29 let	30-34 let	35-39 let	40-44 let	45-49 let	50-54 let	55-59 let	60-64 let
2012	ČR	ženy	4	4	5	8	14	16	22	29	26	0
		muži	7	5	5	7	10	11	16	25	45	12
		celkem	11	9	10	14	24	27	39	54	70	13
	SR	ženy	11	3	5	9	16	22	35	52	39	0
		muži	14	5	6	9	14	17	29	51	73	9
		celkem	26	8	11	18	30	38	64	103	112	9
2013	ČR	ženy	4	4	5	7	13	15	21	27	28	0
		muži	6	5	5	6	10	11	16	23	42	16
		celkem	10	8	9	13	23	27	37	50	70	17
	SR	ženy	9	3	4	8	14	18	29	44	41	1
		muži	14	4	5	8	12	15	25	41	61	9
		celkem	23	7	10	15	26	33	54	85	102	10
2014	ČR	ženy	4	4	4	7	14	18	23	30	33	1
		muži	5	5	5	6	10	13	16	24	41	19
		celkem	9	8	9	13	24	31	39	53	73	20
	SR	ženy	11	4	5	9	14	23	31	49	49	1
		muži	14	5	6	8	13	17	26	45	66	10
		celkem	26	9	11	17	27	40	57	93	115	11
2015	ČR	ženy	4	3	5	6	13	19	22	32	34	1
		muži	5	4	4	6	10	13	15	25	41	22
		celkem	9	8	9	12	23	32	38	57	75	23
	SR	ženy	6	5	5	7	12	18	24	40	49	4
		muži	9	7	5	7	10	16	20	35	57	19
		celkem	15	12	10	14	22	34	44	74	106	23
2016	ČR	ženy	4	3	4	7	13	20	24	31	33	2
		muži	5	4	5	5	9	13	16	26	38	24
		celkem	9	8	9	12	22	33	40	57	72	25
	SR	ženy	10	4	4	8	13	22	28	46	53	3
		muži	14	5	5	7	12	17	23	42	60	12
		celkem	24	9	10	14	25	39	52	88	113	15

Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování

Příloha č. 11

Míra incidence invalidizace z hlediska zdravotních příčin a pohlaví v letech 2012-2016 v ČR a SR

Rok / stát / pohlaví			Skupina diagnóz														
			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
2012	ČR	ženy	1	23	1	4	28	10	3	8	2	4	2	1	36	3	2
		muži	1	19	0	7	22	10	3	24	3	5	2	1	36	8	3
		celkem	1	42	1	11	50	19	6	32	5	9	4	2	72	11	5
	SR	ženy	0	33	14	1	37	11	7	13	8	4	2	2	55	3	2
		muži	1	27	19	1	34	13	9	43	6	7	2	2	51	11	2
		celkem	1	60	33	1	71	24	16	56	14	11	4	4	106	14	3
2013	ČR	ženy	1	23	0	4	28	8	3	8	3	4	1	2	36	3	2
		muži	1	20	1	6	21	9	3	24	3	5	2	1	35	8	3
		celkem	1	43	1	11	48	18	5	31	5	9	3	3	70	11	4
	SR	ženy	0	30	11	0	32	10	6	12	6	4	2	2	50	3	1
		muži	0	24	16	0	31	11	7	37	5	5	2	2	44	9	1
		celkem	1	54	27	1	62	21	14	49	12	9	4	4	94	11	3
2014	ČR	ženy	1	25	0	5	29	9	3	8	3	4	1	2	41	3	2
		muži	1	19	0	7	21	9	2	23	3	5	2	1	37	8	2
		celkem	1	45	1	11	50	19	5	31	6	10	3	3	79	11	4
	SR	ženy	0	36	12	0	38	10	7	13	8	4	2	2	59	3	1
		muži	1	28	16	0	32	12	8	38	6	6	2	2	47	9	2
		celkem	1	63	28	1	71	23	16	51	13	10	4	4	106	12	3
2015	ČR	ženy	0	24	0	4	30	9	3	8	2	4	1	2	47	3	2
		muži	1	20	0	7	20	9	2	24	3	5	2	1	42	7	2
		celkem	1	44	1	11	50	19	5	33	5	9	3	3	89	10	4
	SR	ženy	0	31	12	1	32	10	7	10	6	3	2	2	49	3	3
		muži	0	24	15	0	29	10	7	31	5	5	2	2	40	9	4
		celkem	1	55	27	1	61	20	13	42	11	9	3	4	90	11	7
2016	ČR	ženy	1	25	1	4	29	9	3	8	3	4	1	2	48	3	2
		muži	1	19	1	7	20	10	2	22	3	5	2	1	43	7	2
		celkem	1	44	1	11	49	18	5	30	6	10	3	3	91	10	4
	SR	ženy	0	37	12	1	34	11	6	12	7	3	2	2	56	3	5
		muži	1	25	15	1	30	10	7	36	5	6	2	2	42	9	8
		celkem	1	62	28	1	64	21	13	47	12	9	4	4	98	13	13

Zdroj: statistická ročenka ČSSZ a interní dokumenty sociální poistovny z let 2012-2016; vlastní zpracování